

Landtag Mecklenburg-Vorpommern
7. Wahlperiode
Enquete-Kommission
**„Zukunft der medizinischen Versorgung
in Mecklenburg-Vorpommern“**

Kommissionsdrucksache 7/42

Kommissionsdrucksache

09.04.2021

Inhalt

Gutachten der Institute for Health Care Business GmbH zur
„Zukunft der medizinischen Versorgung in M-V“



Zukunft der medizinischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern

Essen, 09. April 2021

Prof. Dr. Boris Augurzky, Annika Emde, Vanessa Kuske,
Dr. Michaela Lemm und Malina Wrobel

Um das Lesen angenehm zu halten, verzichten wir in der vorliegenden Arbeit für allgemeine Beschreibungen meist auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Formen bei personenbezogenen Nomen und Pronomen. Wir verwenden dann das generische Maskulinum, das alle Geschlechter gleichermaßen umfasst. Bei konkreten Beispielen verwenden wir dagegen mal die weibliche, mal die männliche Form eines Nomens oder Pronomens.

Wir danken Sabine Finke, Claudia Lohkamp, Dr. Adam Pilny und Claudia Rösen für die wertvolle Unterstützung bei der Erstellung dieses Gutachtens.

Inhaltsverzeichnis

Executive Summary	5
1. Einleitung	13
2. Daten- und Informationsquellen	13
3. Bestandsaufnahme	14
3.1. Bundeslandstrukturen	14
3.2. Vertragsärztliche Versorgung	23
3.3. Krankenhäuser	27
3.4. Altenhilfe	37
3.5. Versorgungsstrukturen der Regionen („Steckbriefe“)	40
4. Ausblick	49
4.1. Bevölkerung und Fachkräfte	49
4.2. Versorgungsbedarfe	52
4.2.1 Vertragsärztliche Versorgung	52
4.2.2 Krankenhausversorgung	53
4.2.3 Exkurs: Frauenheilkunde und Geburtshilfe	63
4.2.4 Altenhilfe	69
4.3. Digitalisierung	70
5. Zwischenfazit	73
6. Zielbild der Gesundheitsversorgung	75
7. Handlungsempfehlungen	85
7.1. Krankenhausversorgung	85
7.2. Ambulante und sektorenübergreifende Versorgung	86
7.3. Rettungswesen, Notfallversorgung und Sicherstellung	87
7.4. Versorgungsplanung	89
7.5. Modellprojekte	89
7.6. Altenhilfe und Wohnen	90
7.7. Mobilität und Nähe	91
7.8. Digitalisierung	92
7.9. Personal	94
7.10. Vergütungssystem und Gestaltungsfreiheit	97
7.11. Übersicht Handlungsempfehlungen	101
8. Fazit	106
9. Literatur	111
10. Abkürzungsverzeichnis	116

Verzeichnis der Tabellen, Schaubilder, Karten und Kästen

Tabelle 1	Bevölkerungsstruktur in Mecklenburg-Vorpommern	15
Tabelle 2	Krankenhäuser und Fachkliniken nach Kreisen	41
Tabelle 3	Prognose der Bevölkerungsstruktur in Mecklenburg-Vorpommern	50
Tabelle 4	Prognose der Bevölkerungsstruktur nach Altersklassen in Mecklenburg-Vorpommern	51

Tabelle 5	Bettenbedarf (Demografie und ambulantes Potenzial) je Region, internistisches Cluster bis 2030	61
Tabelle 6	Bettenbedarf (Demografie und ambulantes Potenzial) je Region, chirurgisches Cluster bis 2030	62
Tabelle 7	Bettenbedarf (Demografie und ambulantes Potenzial) je Region, Frauen und Kinder bis 2030	62
Tabelle 8	Bettenbedarf (Demografie und ambulantes Potenzial) je Region, Cluster Sonstige Fächer bis 2030	63
Tabelle 9	Größenklassen (Fallzahlen) der Kategorien innerhalb der Abteilung Frauenheilkunde und Geburtshilfe.....	65
Tabelle 10	Übersicht über alle Maßnahmen.....	102
Schaubild 1	Einwohnerdichte in Mecklenburg-Vorpommern	16
Schaubild 2	Bruttoninlandsprodukt (BIP) je Einwohner	18
Schaubild 3	Haus- und Fachärzte: Anzahl, Alter, Anstellungsverhältnis.....	24
Schaubild 4	Anteil von Ärzten und Psychotherapeuten im Angestelltenverhältnis bzw. in Teilzeit.....	25
Schaubild 5	Zusatzbedarfe an Haus- und Fachärzten in Mecklenburg-Vorpommern	26
Schaubild 6	Zahl der MVZ und Anteil mit Krankenhausbeteiligung in %.....	27
Schaubild 7	Standortdichte der Krankenhäuser	29
Schaubild 8	Stationäre Fallzahl in Krankenhäusern	29
Schaubild 9	Stationäre Fälle nach Versorgungsart und Krankenhausgröße	30
Schaubild 10	Krankenhäuser mit Sicherstellungszuschlägen	33
Schaubild 11	Ausfallwahrscheinlichkeit der Krankenhäuser	34
Schaubild 12	Ertragslage der Krankenhäuser in Mecklenburg-Vorpommern	36
Schaubild 13	KHG-Investitionsmittel als Anteil am Krankenhausumsatz	37
Schaubild 14	Überweisungen aus Krankenhäusern in ein Pflegeheim	38
Schaubild 15	Anzahl und Plätze in ambulanten Diensten und vollstationären Heimen.....	39
Schaubild 16	Personal je Bewohner in Pflegeheimen.....	40
Schaubild 17	Steckbrief Region Rostock 2021	42
Schaubild 18	Steckbrief Region Westmecklenburg	44
Schaubild 19	Steckbrief Region Vorpommern	46
Schaubild 20	Steckbrief Region Mecklenburgische Seenplatte	48
Schaubild 21	Anzahl Erwerbstätiger in Mecklenburg-Vorpommern	51
Schaubild 22	Erwartete Fallzahlveränderung (nur Demografie) je Diagnosegruppe bis 2030	54
Schaubild 23	Erwartete Fallzahlveränderung (Demografie und ambulantes Potenzial) je Diagnosegruppe bis 2030	55
Schaubild 24	Erwartete Fallzahlveränderung (Demografie und ambulantes Potenzial) je Region bis 2030.....	55
Schaubild 25	Erwartete Fallzahlveränderung (nur Demografie) je Fachabteilungscluster bis 2030.....	57
Schaubild 26	Erwartete Fallzahlveränderung (Demografie und ambulantes Potenzial) je Fachabteilungscluster bis 2030	57
Schaubild 27	Fallzahlveränderung (Demografie und ambulantes Potenzial) je Region, internistisches Cluster bis 2030	58
Schaubild 28	Fallzahlveränderung (Demografie und ambulantes Potenzial) je Region, chirurgisches Cluster bis 2030	59
Schaubild 29	Fallzahlveränderung (Demografie und ambulantes Potenzial) je Region, Cluster Frauen und Kinder bis 2030	59

Schaubild 30	Fallzahlveränderung (Demografie und ambulantes Potenzial) je Region, Cluster Sonstige Fächer bis 2030.....	60
Schaubild 31	Klassifizierung der Abteilungsgröße, Planungsregion Westmecklenburg.....	66
Schaubild 32	Klassifizierung der Abteilungsgröße, Planungsregion Vorpommern	67
Schaubild 33	Klassifizierung der Abteilungsgröße, Planungsregion Rostock	68
Schaubild 34	Klassifizierung der Abteilungsgröße, Planungsregion Mecklenburgische Seenplatte	69
Schaubild 35	Mögliche Versorgungsstruktur der Zukunft	72
Schaubild 36	Anteile Mecklenburg-Vorpommerns in der Versorgung.....	73
Schaubild 37	Hauptziele und Unterziele der Gesundheitsversorgung Mecklenburg-Vorpommerns.....	77
Schaubild 38	Gesundheitszentrum für primärärztliche Versorgung in Finnland.....	79
Schaubild 39	Regionales Versorgungskonzept	81
Schaubild 40	Regionales Versorgungskonzept in Planungsregionen	82
Schaubild 41	Allokation der Basis- und Spezialversorgung	83
Schaubild 42	Personaldichte im Krankenhaus und Krankenhausfälle.....	97
Karte 1	Landkreise und Planungsregionen in Mecklenburg-Vorpommern	17
Karte 2	Erreichbarkeit von Ober- und Mittelzentren.....	19
Karte 3	Angebot im öffentlichen Verkehr	20
Karte 4	Struktur des Netzes des öffentlichen Verkehrs.....	21
Karte 5	Reisezeit mit dem öffentlichen Verkehr	22
Karte 6	Stationäre Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern	28
Karte 7	Erreichbarkeit der Krankenhäuser in Mecklenburg-Vorpommern	31
Karte 8	Mindestmengen	32
Karte 9	Anteil gefährdeter Krankenhäuser nach Regionen	35
Karte 10	Pflegebedürftige pro 10.000 Einwohner	38
Karte 11	Region Rostock	42
Karte 12	Große Versorger in der Region Rostock	43
Karte 13	Region Westmecklenburg	44
Karte 14	Große Versorger in der Region Westmecklenburg	45
Karte 15	Region Vorpommern	46
Karte 16	Große Versorger in der Region Vorpommern	47
Karte 17	Region Mecklenburgische Seenplatte	48
Karte 18	Großer Versorger in der Region Mecklenburgische Seenplatte	49
Karte 19	Drohende Unterversorgung bei Hausärzten, 2018	52
Karte 20	Bedarfsplanung hausärztliche Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern	53
Karte 21	Krankenhausstandorte mit der Abteilung Frauenheilkunde und Geburtshilfe.....	64
Karte 22	Veränderung Anzahl stationär Pflegebedürftiger	70
Kasten 1	Rufbus-Modelle: Rufbus in Ludwigslust-Parchim und ILSE-Bus in Vorpommern-Greifswald.....	22
Kasten 2	Use Case einer patientenorientierten Versorgung	77
Kasten 3	Innovative Gesundheitsversorgung in Brandenburg – Strukturmigration im Mittelbereich Templin (IGiB StimMT)	80
Kasten 4	Beispiel fehlender Mobilität.....	84
Kasten 5	Die LandArztMacher (2021).	95
Kasten 6	Enquête-Kommission Niedersachsen.....	105

Executive Summary

Die zunehmend älter werdende Bevölkerung und der sich weiter verschärfende Fachkräftemangel im Gesundheitswesen stellen die medizinische Versorgung vor enorme Herausforderungen. Dies gilt besonders für Regionen mit einer geringen Bevölkerungsdichte wie in Mecklenburg-Vorpommern. Dort braucht es daher Konzepte, die langfristig eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und flächendeckende Gesundheitsversorgung gewährleisten können. Vor diesem Hintergrund hat der Landtag Mecklenburg-Vorpommern in seiner 89. Sitzung am 14. Mai 2020 eine Enquête-Kommission zum Thema „Zukunft der medizinischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern“ eingesetzt. Das vorliegende Gutachten liefert der Enquête-Kommission eine Expertise, wie die Gesundheitsversorgung im Flächenland Mecklenburg-Vorpommern unter Berücksichtigung der demografischen Besonderheiten und Entwicklungen in der Zukunft ausgestaltet werden könnte.

Mecklenburg-Vorpommern ist das Bundesland mit der geringsten Einwohnerdichte. Die Bevölkerungszahl stagniert und ist etwas älter als der Durchschnitt. Die Wirtschaftskraft fällt unterdurchschnittlich aus. Das Angebot im Öffentlichen Verkehr ist hinsichtlich seiner Erreichbarkeitsdauer ausbaufähig. Insbesondere an Wochenenden sind ländliche Regionen nicht gut an Mittel- und Oberzentren angebunden. Die ambulante ärztliche Versorgung weist überdurchschnittlich viele Behandlungsfälle und eine leicht überdurchschnittliche Zahl an Hausärzten und -ärztinnen auf. Aufgrund der älteren Bevölkerung ist dies zu erwarten. Die Versorgungsdichte variiert zwischen den Landkreisen und kreisfreien Städten. Überdurchschnittlich viele Medizinische Versorgungszentren befinden sich in Krankenhausträgerschaft.

Mecklenburg-Vorpommern ist es Mitte der 1990er gelungen, seine Krankenhausstruktur zu optimieren. Im Jahr 2021 wird die stationäre Versorgung von rund 420.000 stationären Behandlungsfällen in 40 Krankenhausstandorten sichergestellt. Die Hospitalisierungsrate liegt über dem Bundesdurchschnitt. In Bezug auf seine Fläche hat Mecklenburg-Vorpommern bundesweit die geringste Krankenhausedichte. 60% der Standorte erhalten einen Sicherheitszuschlag und etwa 16% der Bevölkerung in Mecklenburg-Vorpommern erreichen ein Krankenhaus nicht innerhalb einer Pkw-Fahrzeit von 30 Minuten. Dabei ist die Situation in den südlichen Kreisen Mecklenburg-Vorpommerns kritischer. Die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser ist etwas besser als bundesweit. Dennoch weisen auch viele Krankenhäuser einen Jahresverlust auf. Aufgrund der rückläufigen Investitionsfördermittel des Landes ist die Investitionsfähigkeit eingeschränkt und es besteht das Risiko eines allmählichen Substanzverzehr.

Aufgrund der Altersstruktur kommt der Altenhilfe in Mecklenburg-Vorpommern eine wichtige Rolle zu. Es finden sich hier überdurchschnittlich viele ambulante und stationäre Pflegeangebote. Die Pflegebedürftigkeit hat sich sowohl ambulant als auch stationär deutlich erhöht und die Zahl an stationären Pflegeplätzen ist in den vergangenen Jahren überdurchschnittlich stark gestiegen. In den Pflegeheimen gibt es vergleichsweise wenige Pflegekräfte je Bewohner und der Anteil der Pflegeheimbewohner mit Grad 1 und 2 bei der stationären Pflege ist in Mecklenburg-Vorpommern im Vergleich zu Deutschland niedriger.

Bis zum Jahr 2030 ist mit einem Rückgang der Bevölkerung und insbesondere der Zahl der Erwerbstätigen zu rechnen. Regional gestaltet sich der demografische Wandel unterschiedlich: im südlichen und östlichen Mecklenburg-Vorpommern wird er schärfer als in den restlichen Landteilen sein. Ferner sinkt die Bereitschaft, unternehmerisches Risiko als Freiberufler zu tragen. Angestelltenverhältnisse und Teilzeitleösungen werden zunehmend eingefordert. Tätigkeiten in größeren Zentren werden attraktiver empfunden als in ländlichen Regionen. Hinzu kommt die weitere Spezialisierung in der Medizin, die es kleinen Krankenhäusern in ländlichen Regionen

erschwert, ein breites Versorgungsangebot aufrecht zu erhalten. Es fehlt eine generalistische Grundausbildung, die die Basisversorgung sichert. Eine weitere Konzentration von ambulanten und stationären Leistungen ist dementsprechend zu erwarten. Der Versorgungsbedarf wird aufgrund der alternden Bevölkerung zunehmen. Dieser Effekt wird im stationären Bereich jedoch durch die zu erwartende Ambulantisierung überkompensiert, sodass wir hier bis 2030 einen Rückgang von 4 bis 6% erwarten. Daraus resultiert eine geringere Refinanzierungsmöglichkeit der Vorhaltekosten für die Krankenhäuser.

Die Gesundheitsversorgung in Mecklenburg-Vorpommern steht damit vor der Herausforderung, die wachsenden Bedarfe der älter werdenden Bevölkerung mit einer schrumpfenden Zahl an erwerbsfähigen Personen decken zu müssen. Damit dies gelingen kann, braucht es eine Erhöhung der Effizienz der Gesundheitsversorgung. Erstens sollte angestrebt werden, Bedarfe möglichst zu reduzieren, zum Beispiel durch Prävention. Zweitens kann durch sektorenübergreifende Versorgung die Ambulantisierung der Medizin vorangetrieben werden. Auf der Angebotsseite können drittens durch eine stärkere Zentralisierung und Schwerpunktbildung sowohl in der stationären als auch in der ambulanten Versorgung Vorhaltekosten besser finanziert, Arbeitsplätze für die Fachkräfte attraktiver gestaltet und die Versorgungsqualität gesteigert werden. In Mecklenburg-Vorpommern muss dabei jedoch die Erreichbarkeit der Angebote stets im Auge behalten werden. Viertens besteht bei der Allokation der Ressourcen Personal und Kapital Optimierungspotenzial und fünftens kann der Einsatz moderner Technologien besonders im Bereich der Digitalisierung unterstützen.

Das **Zielbild** der Gesundheitsversorgung Mecklenburg-Vorpommerns sollte diese Potenziale erschließen. Ziel ist eine hohe Versorgungsqualität und Patientenorientierung. Dabei müssen die Versorgungsangebote erreichbar und finanzierbar sein. Zudem sollte die Gesundheitsversorgung flexibel auf unerwartete exogene Schocks reagieren können. Im Zielbild sollte die Gesundheitsversorgung ganzheitlich gedacht werden: von präventiven bis zu kurativen Angeboten, von rehabilitativen und Unterstützungsleistungen, von sehr einfachen bis zu hochkomplexen Spezialangeboten. Am Anfang steht Prävention, um Versorgungsbedarfe möglichst gering zu halten. Sie fängt dabei schon in Schulen an und setzt sich in Betrieben fort. Bereits an dieser Stelle kommt der „dezentrale Kümmerer“ oder Case Manager als individueller Ansprechpartner für Patientinnen und Patienten in allen Gesundheitsfragen und als Koordinator von Diensten ins Spiel. Diese Aufgabe wird von Hausärzten und Pflegeexperten gemeinsam wahrgenommen. In der elektronischen Patientenakte werden alle Gesundheitsdaten des Patienten hinterlegt. Der Patient ist Eigentümer seiner Daten und entscheidet darüber, welche Personen Zugriff haben. Damit entsteht langfristig eine Art persönlicher digitaler Begleiter für alle Bürgerinnen und Bürger. Der Case Manager organisiert die individuelle Gesundheitsversorgung vor Ort und koordiniert die Angebote von Therapeuten, Kliniken, Apotheken, Altenpflege, bis hin zu Sozialarbeitern.

Case Manager arbeiten nach dem Vorbild der Gesundheitszentren in Finnland in größeren Zentren zusammen. Sie umfassen die komplette ambulante primärärztliche Versorgung, betreuen chronisch Kranke, unterstützen die Koordination der häuslichen Krankenpflege und kooperieren eng mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst. Pflegefachpersonen spielen hier eine tragende Rolle. Die Zentren sollten auch die fachärztliche Versorgung mit abdecken. Zudem können kleine Krankenhäuser der Grundversorgung in das Zentrum integriert werden, um damit ein sektorenübergreifendes Angebot der Grundversorgung zu schaffen („Integriertes Gesundheitszentrum“, IGZ). Auch die Expertise der Rehabilitationskliniken sollte für die Zentren erschlossen werden.

Ein IGZ kann die knappen personellen und finanziellen Ressourcen besser nutzen. Ein mindestens ambulantes Gesundheitszentrum sollte für die Bevölkerung in höchstens 30 Minuten mit einem Pkw erreichbar sein. Dabei arbeitet es eng mit mobilen Gesundheitsdiensten und

Apotheken in der Fläche zusammen, die zusätzliche Aufgaben wahrnehmen können. Indem sie eine größere Verantwortung für die lokale Versorgung übernehmen, erwächst daraus eine neue Rolle für kleine Krankenhäuser: Integrierte Gesundheitszentren managen und organisieren die medizinischen Angebote in ihrem Umfeld. Die Vergütungsanreize im IGZ müssen derart gestaltet sein, dass es Behandlungen, wo immer medizinisch möglich, ambulant durchführt, und dass es Interesse an Prävention entwickelt. Das IGZ muss sich für die Gesundheit der lokalen Bevölkerung verantwortlich fühlen.

Auf der Landkreisebene sollte ein großes Krankenhaus als Regionalversorger für die Organisation der regionalen Gesundheitsversorgung Verantwortung übernehmen. Es vernetzt sich dabei sowohl mit den lokalen IGZ als auch mit überregional tätigen Maximalversorgern, wie es sie beispielsweise in Schwerin, Rostock, Greifswald und Neubrandenburg gibt. Insgesamt setzt die Koordination der überregionalen Versorgung auf den vier bestehenden Planungsregionen Mecklenburg-Vorpommerns auf. Je nach Aufgabe in der Region verteilen sich Leistungen der Basis- und Spezialversorgung unterschiedlich auf die Leistungserbringer. Ein IGZ kümmert sich um die Basisversorgung. Der Regionalversorger hat auch hier seinen Schwerpunkt. Der Maximalversorger und Fachkliniken decken einen Großteil der Spezialversorgung ab, die auch über Telemedizin in die Fläche gelangt.

Um eine patientenzentrierte und ganzheitliche Versorgung zu erreichen, gibt es im Zielbild eine sektorenübergreifende Versorgungsplanung und sektorenübergreifende Vergütungselemente. Auf der lokalen Ebene gibt es zudem viel Gestaltungsfreiheit, um innovative Versorgungsmodelle erproben zu können – mit dem Ziel, dass sich effizientere Versorgungsmodelle durchsetzen. Dem Faktor Personal kommt im Zielbild eine zentrale Bedeutung zu. Um die Attraktivität der Gesundheitsberufe zu steigern, braucht es zum Beispiel neue Arbeitszeitmodelle, die in größeren Gesundheitszentren besser als in kleinen Einheiten realisierbar sind. Es ist aber nicht nur wichtig, den Nachwuchs zu sichern, sondern ihn auch so einzusetzen, dass er sich ganz auf die Patientenbehandlung konzentrieren kann. Dazu braucht es Entlastungsmöglichkeiten gerade im ärztlichen Bereich.

Die Bevölkerung benötigt schließlich eine gute Anbindung an die Gesundheitsangebote durch flexible und effiziente Mobilitätsangebote. Umgekehrt sollte das Angebot auch besser zu den Menschen kommen, zum Beispiel über mobile Gesundheitsexperten mit telemedizinischer Anbindung an ein Gesundheitszentrum, über eine direkte digitale Anbindung des Angebots in die Wohnung des Patienten, über ein ergänzendes telemedizinisches Angebot in der Apotheke oder Hausarztpraxis oder über Nachbarschaftshilfe am Wohnort des Patienten.

Aus diesem Zielbild ergeben sich für unterschiedliche Adressaten **Handlungsempfehlungen**. Tabelle 10 fasst alle Empfehlungen zusammen. Die Maßnahmen sollten durch eine Kommunikationsoffensive vorbereitet und begleitet werden. Das Land sollte von Anfang alle Bürgerinnen und Bürger mitnehmen, die gegenwärtige Lage und Handlungsbedarfe im Gesundheitswesen erläutern sowie die damit verbundenen Chancen und Risiken aufzeigen.

Krankenhausversorgung. In Mecklenburg-Vorpommern besteht nach heutigen Maßstäben nicht mehr viel Potenzial hinsichtlich einer stärkeren Zentralisierung und Schwerpunktbildung der Krankenhausversorgung. Gleichwohl wird der Druck dazu aufgrund personeller und finanzieller Engpässe sowie der zunehmenden Spezialisierung in der Medizin steigen. In nahezu allen Regionen finden sich Krankenhäuser, die sich aufgrund ihrer Größe und Lage als Teil eines Integrierten Gesundheitszentrums eignen könnten. Wir empfehlen, wo immer möglich, lokal gesellschaftsrechtliche Zusammenschlüsse anzustreben oder zumindest trägerübergreifende Kooperationen zu suchen. Die Krankenhausplanung sollte dies unterstützen. Sie sollte außerdem die

vier Planungsregionen verstetigen und für die Versorgungsangebote eine klare Zuordnung zu den drei Kategorien vornehmen: (i) Grundversorgung (kombiniert mit IGZ), (ii) Regionalversorgung und (iii) Maximalversorgung. In dem Zusammenhang sind auch Mindestfallzahlen und Erreichbarkeiten zu definieren und bei einem Zielkonflikt gegeneinander abzuwägen. Die Vergabe von Investitionsfördermitteln sollte sich am Zielbild orientieren. Zielgröße für das Fördermittelvolumen sollten 8% des Krankenhausumsatzes sein. Zusätzlich kann der Strukturfonds Zusammenschlüsse fördern.

Ambulante und sektorenübergreifende Versorgung. Ambulante und Integrierte Gesundheitszentren sollten für die primärärztliche und fachärztliche Versorgung etabliert werden. Sie sollten eng mit mobilen Gesundheitsangeboten zusammenarbeiten, um die Fläche breit zu versorgen. Eine wichtige Funktion könnte die „Apotheke plus“ einnehmen, wenn eine breite landärztliche Primärversorgung nicht aufrechterhalten werden kann. Über Telemedizin würde diese Apotheke mit speziell ausgebildetem Personal an Gesundheitszentren angebunden sein. Auch Praxen von Pflegefachpersonen mit telemedizinischer Anbindung sind denkbar. Um die Integration der Sektoren zu unterstützen, sollten Hürden für die Übernahme von ambulanten Leistungen durch Krankenhäuser abgebaut werden und KV-Ermächtigungen nicht an einzelne Personen, sondern an den Betrieb des Krankenhauses bzw. des IGZ gebunden sein, solange das Krankenhaus über die entsprechenden Qualifikationen verfügt. Zudem sollten an ein IGZ stets eine Kurzzeitpflege und weitere Gesundheitsangebote angedockt sein.

Rettungswesen und Notfallversorgung. Je stärker zentralisiert eine Krankenhausstruktur ist, desto mehr muss das Rettungswesen entsprechend ausgerichtet und professionalisiert sein. Es zählt dabei die Zeit bis zur Einleitung der ersten Behandlungsschritte. Dazu muss das Krankenhaus bereits bei Ankunft des Rettungswagens für den Patienten vorbereitet sein. Der Rettungswagen benötigt eine telemedizinische Anbindung zum Krankenhaus und es müssen erste wichtige Schritte durch den Notarzt oder entsprechend ausgebildete Rettungssanitäter unternommen werden. Erforderlich ist auch eine landkreisübergreifende Abstimmung sowie eine Koordination mit den Regionalversorgern. Grundsätzlich sollte die Notfallversorgung sektorenübergreifend zum Beispiel an einem IGZ erfolgen.

Sicherstellung. Aus wirtschaftlichen Gründen können sich nicht alle Krankenhausstandorte aus eigener Kraft halten. Sicherstellungszuschläge sollten die krankenhausesindividuellen Besonderheiten berücksichtigen und entsprechend differenziert werden. Ihrer Gewährung muss eine Prüfung vorausgehen, welche Fachabteilungen für die Versorgungssicherheit notwendig sind. Auch in diesem Zusammenhang sind die Erreichbarkeitsanforderungen und Sicherung der Versorgungsqualität maßgeblich, differenziert nach Basis- und Spezialversorgung. Für die Notfallversorgung sollten auch die Möglichkeiten der Luftrettung in die Überlegungen einbezogen werden. In der Gynäkologie und Geburtshilfe weisen viele der Standorte kritische Größen auf. Viele gynäkologische Leistungen könnten auch ambulant in Gesundheitszentren angeboten werden. Die Geburtshilfe sollte als Reaktion auf die steigenden Herausforderungen (wie zum Beispiel dem Fachkräftemangel) in einem Netzwerk organisiert und bewusst unter Inkaufnahme weiterer Strecken so zentralisiert werden, dass vorbereitende Angebote wohnortnah zur Verfügung stehen, die eigentliche Geburt aber in größeren Zentren stattfindet.

Versorgungsplanung. Um eine patientenzentrierte und ganzheitliche Versorgung aufzubauen, braucht es eine sektorenübergreifende Versorgungsplanung, die auch pflegerische Bedarfe, das Rettungswesen, den Öffentlichen Gesundheitsdienst und Prävention berücksichtigt. Dabei sind die relevanten Stakeholder einzubinden: das Land und die Landkreise mit dem ÖGD, die Krankenhausgesellschaft, die Kassenärztliche Vereinigung, die Krankenversicherungen und Patientenvertreter. Die Bedarfsprognosen im Versorgungsplan sollten langfristig ausgelegt sein, weil

daran auch weitreichende Investitionsentscheidungen zu knüpfen sind. Investitionsfördermittel müssten außerdem sektorenübergreifend eingesetzt werden können. Der Versorgungsplan sollte den Akteuren vor Ort dabei viel Gestaltungsfreiheit lassen.

Modellprojekte. Wichtig für eine sektorenübergreifende Versorgung sind sektorenübergreifende Vergütungsmodelle. Auf Bundesebene braucht es dazu Anpassungen. Allerdings können auch die Akteure im Land über Modellprojekte aktiv werden. Erfolgreiche Modellprojekte benötigen nach Beendigung ihrer Förderung eine Übergangslösung, um den Weg in die Regelversorgung finanzieren zu können. Als Modellprojekte können auch Regionalbudgets in Frage kommen, wie sie zum Beispiel in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung existieren. Dazu müssen auch die vertragsärztlichen Vergütungsbestandteile des Regionalbudgets aus dem KV-Gesamtbudget herausgelöst werden. Wir empfehlen, ein Modellprojekt „Regionalbudget“ in einem Landkreis zu erproben, der überdurchschnittlich große Schwierigkeiten bekommen wird, die Gesundheitsversorgung flächendeckend und auf qualitativ hohem Niveau zu halten.

Altenhilfe und Wohnen. Die Altenpflege sollte enger mit der medizinischen Versorgung verknüpft werden. Nötig ist ein nahtloser Übergang vom Krankenhausaufenthalt zur Kurzzeitpflege. Ein IGZ oder ein Krankenhaus sollte zu diesem Zweck entsprechende Verträge mit der Pflegeversicherung schließen. Aber auch das Prinzip „Reha vor Pflege“ sollte stärker gelebt werden. Es sollte geprüft werden, ob älteren Menschen rechtzeitig ein Angebot gemacht werden kann, ihre bisherige Wohnung in der Peripherie aufzugeben und im Gegenzug eine altersgerechte und ggf. betreute Wohnung in einem lokalen Zentrum zu beziehen. Dadurch ließen sich die Gesundheitsbedarfe zentralisieren und bei gleichzeitig höherer Qualität wirtschaftlicher erbringen.

Mobilität und Nähe. Ein wichtiger Baustein sind mobile Gesundheits- und Pflegeexperten mit telemedizinischer Anbindung an eine geeignete Arztpraxis, ein Gesundheitszentrum oder ein Krankenhaus. Mobile Experten können gezielt Hausbesuche durchführen oder zum Beispiel in wöchentlichem Rhythmus verschiedene Dörfer aufsuchen und in geeigneten Räumlichkeiten oder einem „Gesundheitsbus“ Sprechstunden anbieten. Dabei sollte ein festes Team an mobilen Experten zur Verfügung stehen. Je nach Größe des Einzugsgebiets könnte auch eine feste Praxis einer Pflegefachperson sinnvoll sein. Räumlichkeiten mit telemedizinischer Anbindung für die primärärztliche Versorgung könnten zudem in Apotheken bereitgestellt werden (Apotheke plus). In manchen Fällen könnte die Arzneimittelausgabe durch Automaten oder per Versand, zum Beispiel auch über Drohnen erfolgen. Für Patienten sollten zudem Möglichkeiten geschaffen werden, direkt über Video und Apps in Kontakt zu Gesundheitsangeboten zu treten. Eine Unterweisung in ihre Funktionsweise könnte durch die mobilen Gesundheitsexperten oder in der Apotheke plus erfolgen. Voraussetzung für alle digitalen Anbindungen ist ein schnelles und stabiles Internet in der Fläche. Wo dies noch nicht vorhanden ist, braucht es den entsprechenden Ausbau, möglicherweise über den neuen 5G-Standard im Mobilfunkbereich. Zusätzlich sind Mobilitätsangebote nötig wie Sammeltaxis oder ein Rufbus, der gezielt Arztsitze, Gesundheitszentren und Krankenhäuser anfährt. Dabei sollte auch künftig mögliches autonomes Fahren mitgedacht werden. Lokal bereits vorhandene Angebote könnten auf das gesamte Bundesland übertragen werden. Darüber hinaus sind Patientenpensionen an Regional- und Maximalversorgern zu empfehlen für Patienten mit langer Anreise.

Digitalisierung. Grundsätzlich sollte der Grundsatz „digital vor ambulant vor stationär“ gelebt werden. Zentrale Voraussetzung ist die elektronische Patientenakte (ePA). Sie hilft nicht nur bei den Abläufen in der Gesundheitsversorgung, sondern bildet auch die Grundlage für Versorgungsforschung mit dem Ziel, die Versorgung kontinuierlich zu verbessern. Darüber hinaus sollten digitale Werkzeuge wie Sensorik, Wearables, Insidables, Smart Home, Virtual Reality, Augmented Reality, Telemedizin, künstliche Intelligenz, Spracherkennung und Robotik stärker genutzt

werden. „Digitale Marktplätze“ können zudem Patienten und Leistungserbringer sowie auch Leistungserbringer untereinander besser vernetzen, zum Beispiel für telemedizinische Konsultationen. Der Krankenhauszukunftsfonds stellt zur Digitalisierung der Krankenhäuser 85 Millionen Euro in Mecklenburg-Vorpommern zur Verfügung, die das Land effektiv einsetzen sollte.

Personal. Schlüsselfaktor für die Gewährleistung einer hochwertigen Gesundheitsversorgung ist qualifiziertes Personal. Hier kann und muss an vielen Stellen gleichzeitig angesetzt werden. So braucht es Anreize zur Erhöhung der Erwerbstätigenquote, beispielsweise durch eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf, Wieder- oder Quereinsteigsprogramme, altersgerechte Arbeitsbedingungen und Beschäftigungsmöglichkeiten nach dem Renteneintritt. Dabei ist einer der größten Hebel die Teilzeitquote, weil in Teilzeit tätige Fachkräfte bereits voll ausgebildet und einsatzfähig sind. Der Abbau von Bürokratie und eine bessere Planbarkeit und Zuverlässigkeit der Dienstpläne können die Attraktivität der Gesundheitsberufe steigern. In der Pflege ist ein neues Verständnis des Pflegeberufs nötig. Karriereoptionen wie zum Beispiel „Clinical Nurses“ mit der Übernahme von mehr Verantwortung und Tätigkeiten, die bislang ausschließlich Ärzten vorbehalten sind, wären eine Option. Die Weiterqualifizierung von Pflegehelfern zu Pflegefachkräften sollte verstärkt werden. Um die ländliche Versorgung zu stabilisieren, sind Anreize für eine Tätigkeit auf dem Land erforderlich, zum Beispiel besondere Angebote im Rahmen des Studiums der Allgemeinmedizin mit einer Verpflichtung zu einer Landarztstätigkeit.

Das inländische Fachkräftepotenzial dürfte jedoch nicht ausreichen. Ergänzend sollte die Zuwanderung ausländischer Fachkräfte gefördert werden. Für ausländische Pflegekräfte ist dabei zu berücksichtigen, dass sie die in ihrer Heimat erworbenen Qualifikationen auch in Deutschland einsetzen können und dürfen. Diese sind teilweise umfassender, was zusätzlich für ein neues Verständnis des Pflegeberufs spricht. Wo immer möglich sollte Technologie genutzt werden, um die Arbeitskräfte zu entlasten und um die Arbeitsproduktivität zu steigern, beispielsweise Hebehilfen und Exoskelette zur physischen Entlastung von Pflegefachkräften. Durch eine effektive Reduktion der Fallzahlen im Krankenhaus, aber auch in der ambulanten Versorgung würde ebenfalls eine Entlastung eintreten, insbesondere indem die Versorgung stärker nach dem Grundsatz „digital vor ambulant vor stationär“ ausgerichtet wird. Eine effektive Patientensteuerung über geeignete Leitstellen kann dies unterstützen. Beispielsweise koordinieren in Dänemark Telefonleitstellen die Gesundheitsversorgung der Bürger.

Gestaltungsfreiheit. Auf regionaler Ebene braucht es mehr Gestaltungsfreiheit, um die Versorgung effizienter und patientenorientierter erbringen zu können. Dabei geht es darum, neue Versorgungsformen zu erproben und damit effizientere Formen zu finden. Die wachsende Regulierung der Gesundheitsversorgung von Seiten des Bundes und des G-BA sollte überprüft werden. Stattdessen sollte stärker auf die Kontrolle von Ergebnisgrößen gesetzt werden. Ein Mehr an Gestaltungsfreiheit brauchen auch die Krankenkassen. Sie müssen unternehmerisch und eigenverantwortlich handeln können, wenn sie zusammen mit Leistungserbringern neue Wege gehen wollen. Da Krankenkassen im Wettbewerb miteinander stehen, spricht nichts gegen die Übernahme größerer Eigenverantwortung. Auf Bundes- und Landesebene sollten die aufsichtsrechtlichen Vorgaben für Krankenkassen stark reduziert und vereinheitlicht werden. Regionen, in denen die Gesundheitsversorgung gefährdet ist, sollten einen Sonderstatus erhalten können. Es würde es erlauben, Teile des komplexen gesetzlichen Regelwerks auszusetzen, was nötig ist, um tragfähige Konzepte zur Aufrechterhaltung der Gesundheitsversorgung in der Region erarbeiten und ausprobieren zu können.

Vergütungssystem. Der Aspekt der Vorhaltefinanzierung sollte stärker betont werden. Durch Heraustrennung eines Teils des heutigen DRG-Vergütungsvolumens würde der Mengenanreiz des DRG-Systems sinken und gleichzeitig der Anreiz zur ambulanten Leistungserbringung steigen.

Für eine Versorgungsregion könnte damit je Leistungssegment ein Vorhaltebudget auf Basis der regionalen Bevölkerungs- und Flächenstruktur festgelegt werden. Ein noch weitreichenderer Ansatz sind Regionalbudgets. Hier erhält eine Region ein komplettes, vorab definiertes Budget, um die Gesamtversorgung oder zumindest die gesamte fachärztliche Versorgung zu übernehmen. Die Akteure vor Ort können ehemals stationäre Leistungen ambulant erbringen, ohne wirtschaftliche Nachteile befürchten zu müssen. Sie können auf Prävention setzen, um Leistungen gänzlich zu vermeiden und Versorgungsschnittstellen optimieren, um Ressourcen einzusparen.

Die Bürger müssen dabei stets die Wahlfreiheit des Leistungsanbieters haben, sodass sie bei mangelnder Qualität jederzeit woanders Leistungen in Anspruch nehmen können. Innerhalb einer Region braucht es dafür Kooperation, zwischen Regionen Wettbewerb. Für Regionalbudgets in Mecklenburg-Vorpommern sollten daher im lokalen Umfeld Kooperationen und Fusionen angestrebt werden. Es könnte nötig sein, die Versorgungsregionen kleiner als einen Landkreis zu wählen, um für die Bürger Ausweichoptionen in erreichbarer Nähe zu schaffen. Größere Morbiditätsrisiken müssten dann auf höherer Ebene gepoolt werden. Als weiteres Korrektiv für Regionalbudgets dienen Qualitätsziele, die Krankenkassen mit der Vergabe eines Regionalbudgets festlegen und kontrollieren. Alternativ wäre als „kleine“ Lösung ein befristetes Einfrieren des Krankenhausbudgets bei gleichzeitiger Ermöglichung, bisher stationär erbrachte Leistungen auch ambulant erbringen zu können, zu prüfen.

1. Einleitung

Eine zunehmend älter werdende Bevölkerung und ein sich immer weiter verschärfender Fachkräftemangel im Gesundheitswesen stellen die medizinische Versorgung vor enorme Herausforderungen. Dies gilt besonders für Regionen mit einer geringen Bevölkerungsdichte, wie es sie in Mecklenburg-Vorpommern viele gibt. Dort braucht es daher Konzepte, um langfristig eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und flächendeckende Gesundheitsversorgung gewährleisten zu können. Vor diesem Hintergrund hat der Landtag Mecklenburg-Vorpommern in seiner 89. Sitzung am 14. Mai 2020 eine Enquête-Kommission zum Thema „Zukunft der medizinischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern“ eingesetzt.

Dieses Gutachten liefert der Enquête-Kommission eine Expertise, wie die Gesundheitsversorgung im Flächenland Mecklenburg-Vorpommern unter Berücksichtigung der demografischen Besonderheiten und Entwicklungen in der Zukunft ausgestaltet werden könnte. Die Gesundheitsangebote sollten (i) eine hohe Qualität bieten, (ii) für die Bevölkerung gut erreichbar und (iii) finanzierbar sein. Wir gehen dabei besonders auf den damit verbundenen Zielkonflikt ein.

Das Gutachten gliedert sich in eine Bestandsaufnahme der Bundeslandstruktur und der Gesundheitsversorgung, gefolgt von einem Ausblick zur Entwicklung der Bevölkerung, der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen, des Fachkräftebedarfs und zu technologischen Veränderungen im Bereich der Digitalisierung. Daraus ergeben sich Herausforderungen für Mecklenburg-Vorpommern zur Aufrechterhaltung der flächendeckenden Gesundheitsversorgung. Darauf aufbauend entwickeln wir das Zielbild einer künftigen Gesundheitsversorgung und leiten daraus Handlungsempfehlungen für die Leistungserbringer, die Kostenträger, die Landkreise, das Bundesland und den Bund ab. Das Gutachten schließt mit einem Fazit.

2. Daten- und Informationsquellen

Wir nutzen verschiedene Daten- und Informationsquellen, um das Versorgungsgeschehen in Mecklenburg-Vorpommern bestmöglich abbilden zu können. Die Quellen lassen sich in drei Kategorien einordnen.

Kategorie 1: Daten. Für die empirischen Analysen greifen wir auf folgende, teilweise öffentlich verfügbare, Daten zurück:

- Regionalstatistiken der statistischen Ämter des Bundes und der Länder; die Bevölkerungsfortschreibung des Statistischen Bundesamtes sowie die Bevölkerungsprognose des RWI (FDZ Ruhr am RWI 2017),
- Indikatoren und Karten zur Raum- und Stadtentwicklung (INKAR) des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR),
- die amtliche Krankenhausstatistik sowie die tiefgegliederten Diagnosedaten des Statistischen Bundesamtes,
- die strukturierten Qualitätsberichte der Krankenhäuser nach § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V (G-BA 2020),
- Daten aus dem Krankenhaus Rating Report,

- ambulante Daten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) sowie der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern¹ (KVMV),
- Daten aus dem Pflegeheim Rating Report.

Kategorie 2: Studien und Recherchen. Nicht für alle Analysen können wir auf Primär- und Sekundärdaten zurückgreifen. Daher nutzen wir für einzelne Themen bereits vorliegende Auswertungen und Studien. Den Erreichbarkeitsanalysen im öffentlichen Personennahverkehr liegen beispielsweise Studien des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) sowie Analysen von Schwarze und Spiekermann (2013) zur Erreichbarkeit von zentralen Orten in Mecklenburg-Vorpommern zugrunde. Für Aussagen zu den vorgehaltenen Betten wird auf aktuelle Daten aus dem Krankenhausplan Mecklenburg-Vorpommern (Stand: November 2020) (Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit des Landes Mecklenburg-Vorpommern 2020) zurückgegriffen.

Kategorie 3: Experteninterviews. Um gezielt auf die Herausforderungen in der medizinischen Versorgung Mecklenburg-Vorpommerns eingehen zu können und konkrete Handlungsempfehlungen abzuleiten, wurden Protokolle und Berichte im Rahmen der Enquête-Kommission Mecklenburg-Vorpommern „Zukunft der medizinischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern“ genutzt und mehrere Experteninterviews geführt. Diese wurden strukturiert vorbereitet und sowohl mit Einzelpersonen als auch im Workshop-Format mit mehreren Teilnehmern offen geführt.

- **Krankenkassen:** TK, DAK, AOK Nordost, BARMER
- **Stationäre Versorgung:** Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern, Universitätsmedizin Greifswald, Deutsches Rotes Kreuz und Verband der Krankenhausdirektoren
- **Ambulante Versorgung:** Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern²
- **Ärzteschaft:** Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern
- **Patientenvertretung:** SELBSTHILFE MV e.V.
- **Experte zur Gesundheitsversorgung in Skandinavien.**

3. Bestandsaufnahme

3.1. Bundeslandstrukturen

Die Einwohnerzahl in Mecklenburg-Vorpommern beträgt rund 1,6 Mio. und blieb zwischen 2011 und 2019 nahezu unverändert (Tabelle 1). Bundesweit ist die Einwohnerzahl im gleichen Zeitraum dagegen um 3,5% gestiegen, was u.a. durch die verstärkte Migration im Jahr 2015 zu erklären ist. Lediglich Sachsen-Anhalt, Thüringen und das Saarland haben von 2011 bis 2019 Bevölkerungsrückgänge zu verzeichnen. Innerhalb Mecklenburg-Vorpommerns war die

¹ Von der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern wurden anonymisierte Daten zur vertragsärztlichen Versorgung zur Verfügung gestellt. Da bundesweite Vergleiche nicht möglich waren und sich Abweichungen zu anderen öffentlich zugänglichen Daten ergaben, wurden auch andere öffentlich zugängliche Daten- und Informationsquellen genutzt.

² Mit der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern fand kein direktes Gespräch statt. Zentrale Aussagen zu relevanten Problemen und Handlungsvorschlägen wurden aus den Stellungnahmen im Rahmen der Enquête-Kommission entnommen.

Entwicklung allerdings heterogen. Während die Städte Schwerin (+4,7%) und Rostock (+3,7%) einen spürbaren Bevölkerungszuwachs erfuhren, ging die Einwohnerzahl in der Mecklenburgischen Seenplatte um 3,2% und in Vorpommern-Greifswald um 2,2% zurück.

Tabelle 1

Bevölkerungsstruktur in Mecklenburg-Vorpommern

2011 bis 2019

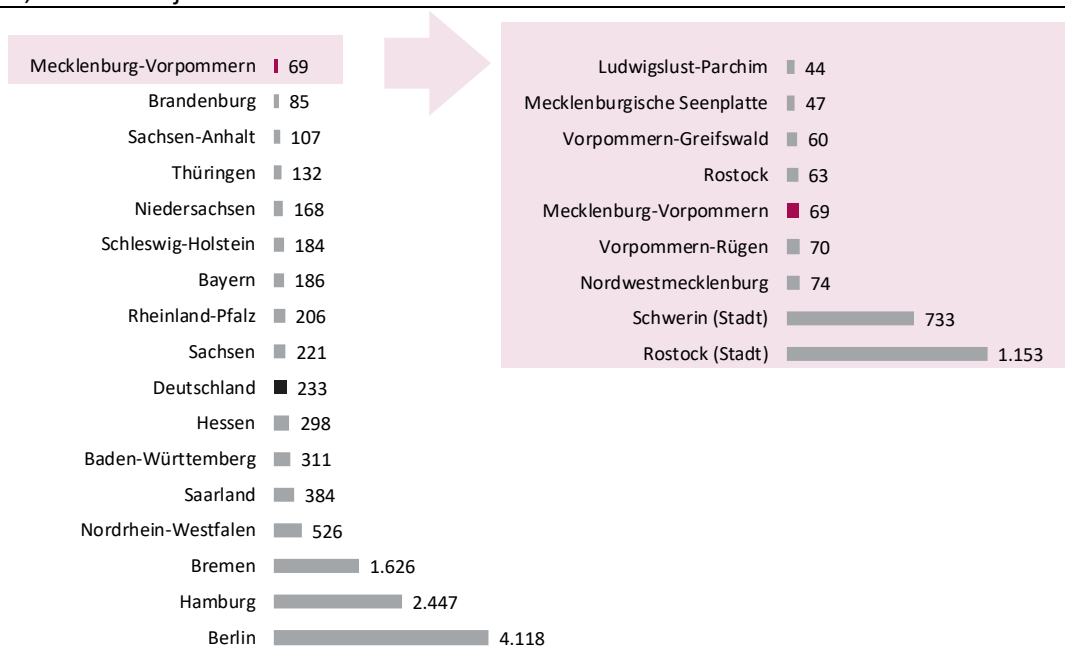
	Bevölkerung in 1.000 Einwohner			Durchschnittsalter		
	2011	2019	2011-2019	2011	2017	2011-2017
Sachsen-Anhalt	2.277	2.195	-3,6%	46,5	47,3	1,7%
Thüringen	2.182	2.133	-2,2%	45,8	46,8	2,2%
Saarland	998	987	-1,1%	45,0	45,8	1,8%
Mecklenburg-Vorpommern	1.607	1.608	0,1%	45,4	46,6	2,6%
Sachsen	4.054	4.072	0,4%	46,0	46,4	0,9%
Nordrhein-Westfalen	17.545	17.947	2,3%	43,1	43,7	1,4%
Rheinland-Pfalz	3.990	4.094	2,6%	43,5	44,3	1,8%
Brandenburg	2.453	2.522	2,8%	45,7	46,7	2,2%
Niedersachsen	7.774	7.994	2,8%	43,4	44,1	1,6%
Deutschland	80.328	83.167	3,5%	43,4	44,0	1,4%
Schleswig-Holstein	2.802	2.904	3,6%	43,9	44,8	2,1%
Bremen	652	681	4,4%	43,4	43,2	-0,5%
Hessen	5.994	6.288	4,9%	43,0	43,4	0,9%
Bayern	12.443	13.125	5,5%	42,7	43,3	1,4%
Baden-Württemberg	10.512	11.100	5,6%	42,4	43,0	1,4%
Hamburg	1.718	1.847	7,5%	42,0	41,7	-0,7%
Berlin	3.326	3.669	10,3%	42,4	42,2	-0,5%
Mecklenburgische Seenplatte	267	258	-3,2%	46,0	47,5	3,3%
Vorpommern-Greifswald	241	236	-2,2%	45,4	46,8	3,1%
Ludwigslust-Parchim	214	212	-0,8%	45,4	46,7	2,9%
Vorpommern-Rügen	225	225	0,0%	46,4	47,6	2,6%
Mecklenburg-Vorpommern	1.607	1.608	0,1%	45,4	46,6	2,6%
Nordwestmecklenburg	156	157	0,8%	44,6	46,0	3,1%
Rostock	212	216	1,9%	45,3	46,5	2,6%
Rostock (Stadt)	202	209	3,7%	44,0	44,6	1,4%
Schwerin (Stadt)	91	96	4,7%	45,7	45,7	0,0%

Quelle: Statistisches Bundesamt (2021b), INKAR (2019), eigene Darstellung.

Das Durchschnittsalter der Bevölkerung in Mecklenburg-Vorpommern lag mit 45,4 Jahren bereits 2011 über dem Bundesdurchschnitt (43,4 Jahre). Bis 2019 ist das Durchschnittsalter in Mecklenburg-Vorpommern im Vergleich zu allen anderen Ländern am stärksten angestiegen (+2,6%). In den beiden Städten Schwerin und Rostock ist es hingegen nicht bzw. nur geringfügig gestiegen. Eine stärkere Alterung weisen die südlich und östlich gelegenen Kreise auf. Der bundesweite Trend zu einer älter werdenden Bevölkerung schlägt sich in Mecklenburg-Vorpommern am deutlichsten nieder. Medizinische und pflegerische Angebote für ältere Menschen dürften daher deutlich an Bedeutung gewinnen. Ein besonderes Augenmerk hinsichtlich der Versorgungssicherheit sollte zudem auf dem Süden und Osten des Landes liegen.

Im bundesweiten Vergleich hat Mecklenburg-Vorpommern die geringste Einwohnerdichte (Schaubild 1). In Deutschland kommen etwa 233 Einwohner auf jeden Quadratkilometer (km²), während es in Mecklenburg-Vorpommern nur 69 sind. Am anderen Ende der Skala liegt Nordrhein-Westfalen mit 526 Einwohnern je km². Überdies variiert die Einwohnerdichte innerhalb Mecklenburg-Vorpommerns von 44 Einwohnern je km² in Ludwigslust-Parchim bis 74 in Nordwestmecklenburg. Für die kreisfreien Städte zeigen sich erwartungsgemäß höhere Werte. Generell ist die Einwohnerdichte in den südlich gelegenen Kreisen niedriger.

Schaubild 1

Einwohnerdichte in Mecklenburg-Vorpommern2019, Einwohner je km²

Quelle: Landesamt für innere Verwaltung des Landes Mecklenburg-Vorpommern (2021) - Gemeindeverzeichnis 2019, eigene Darstellung.

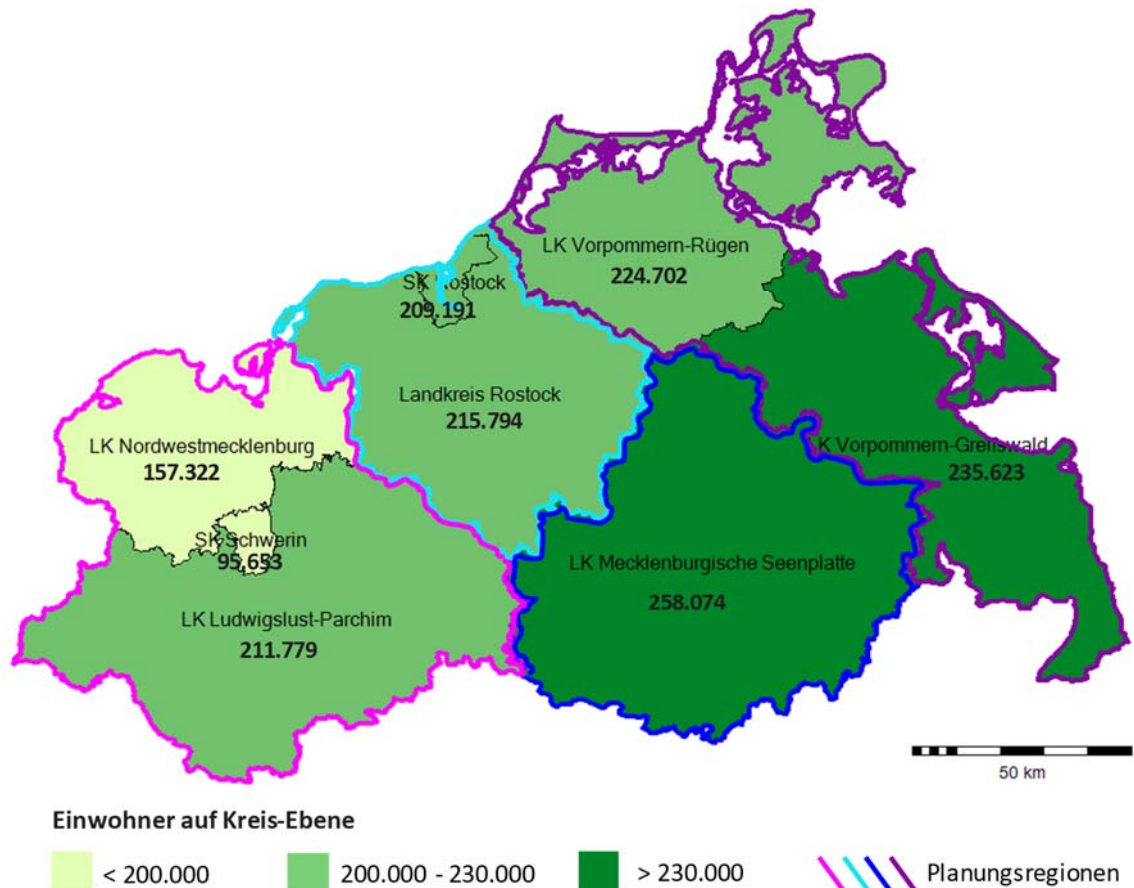
Das Land Mecklenburg-Vorpommern hat in vorbildlicher Weise seine kommunalen Verwaltungsstrukturen im Rahmen einer Kreisgebietsreform zum 4. September 2011 von zwölf auf sechs Landkreise reduziert. Von den ursprünglich sechs kreisfreien Städten sind nur noch Rostock und Schwerin übriggeblieben. Damit besitzen die einzelnen Landkreise eine ausreichende Größe, um selbständig regional handlungsfähig zu sein, und das Bundesland verfügt über eine effiziente Verwaltungsstruktur. Karte 1 zeigt, wie die sechs Landkreise und beide kreisfreien Städte³ gemäß des Landeskrankenhausplans (Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit des Landes Mecklenburg-Vorpommern 2020) in vier Planungsregionen eingeteilt sind. Eine Besonderheit ist, dass ein Großteil der Landesgrenze an echte Außengrenzen stößt, die Ostsee im Norden und Polen im Osten, die die Einzugsgebiete von grenznahen Krankenhäusern naturgemäß beschränken.

³ Im Folgenden werden Landkreise und kreisfreie Städte der Einfachheit halber als „Kreise“ bezeichnet.

Karte 1

Landkreise und Planungsregionen in Mecklenburg-Vorpommern

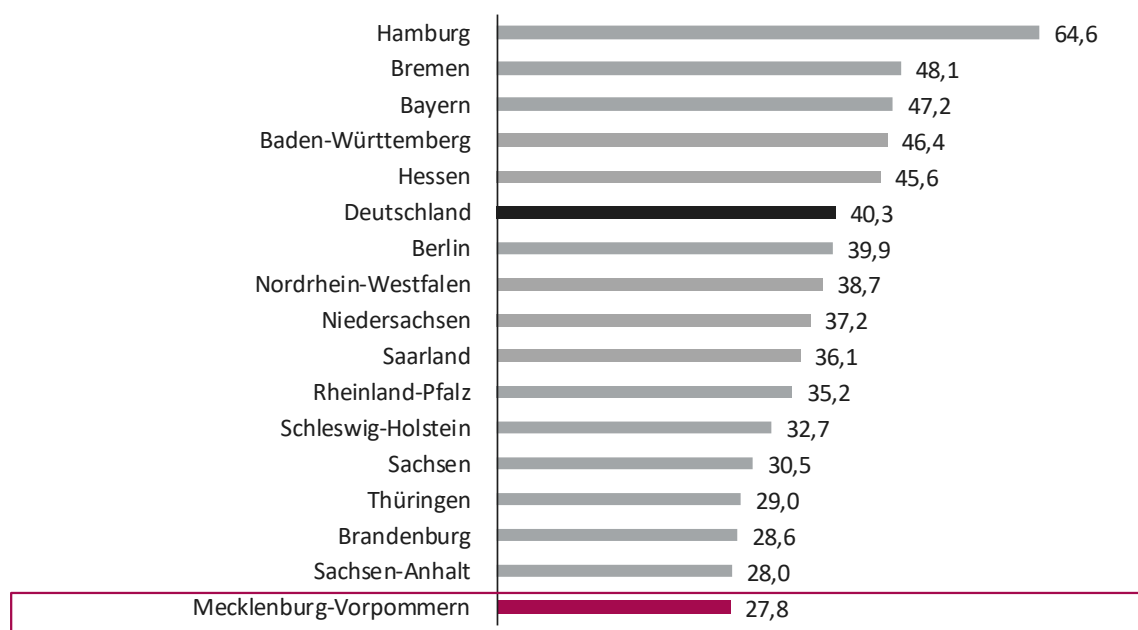
2019



Quelle: Statistisches Bundesamt (2021b); Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit des Landes Mecklenburg-Vorpommern (2020), eigene Darstellung.

Mecklenburg-Vorpommern verfügt im Vergleich zu den anderen Ländern über die geringste Wirtschaftskraft. Gemessen am Bruttoinlandsprodukt (BIP) je Einwohner wies es mit 27.800 Euro je Einwohner den geringsten Wert auf, während Hamburg mit über 64.600 Euro der Spitzenreiter war (Schaubild 2). Bundesweit lag der Wert 2018 bei rund 40.300 Euro.

Schaubild 2
Bruttoninlandsprodukt (BIP) je Einwohner
 2018, in Tsd. Euro



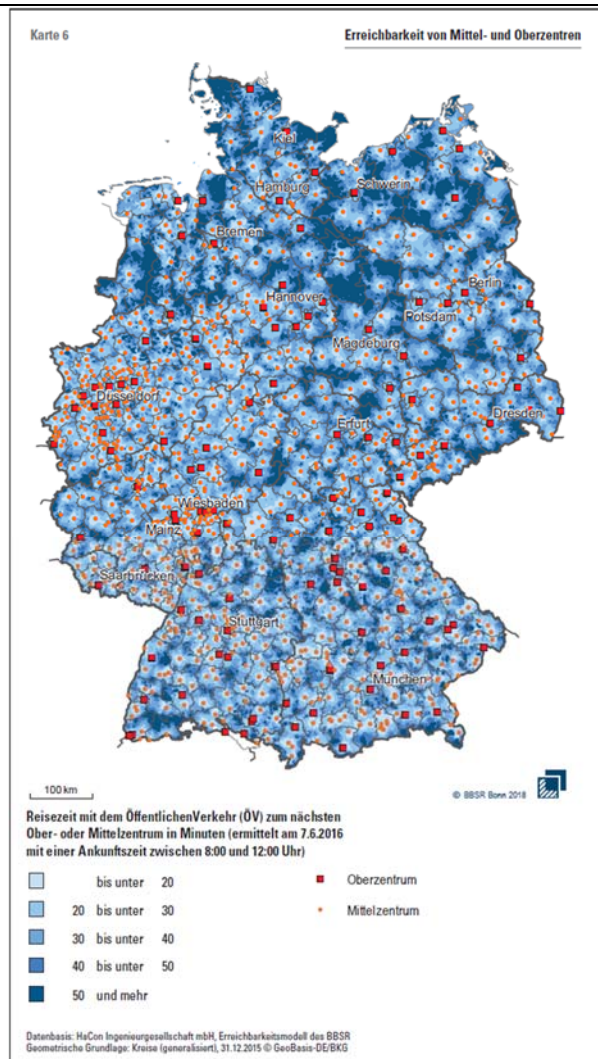
Quelle: Statistisches Bundesamt (2021a), eigene Darstellung.

Zur Messung der Erreichbarkeit von Leistungsanbietern im Gesundheitswesen wird meist die Fahrzeit mit dem Pkw herangezogen. Manche Bürger können jedoch nicht auf einen Pkw zurückgreifen und sind auf den öffentlichen Verkehr (ÖV) angewiesen. Zur Darstellung der Erreichbarkeit von Mittel- und Oberzentren⁴ mit dem ÖV hat das Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) die Fahrpläne des öffentlichen Verkehrs zum Stichtag 7.6.2016 für das gesamte Bundesgebiet analysiert (BBSR 2018).⁵ Die durchschnittliche Fahrzeit mit dem ÖV zu Mittel- und Oberzentren wird in Karte 2 dargestellt. Hellblaue Gebiete kennzeichnen Zentren mit einer schnellen ÖV-Anbindung, während längere Fahrzeiten mit dunklen Blautönen versehen sind. Im Bundesvergleich weisen die nördlichen Länder viele Zentren mit längerer ÖV-Fahrzeit auf als der mittlere und südliche Teil Deutschlands. In Mecklenburg-Vorpommern gibt es viele dunkelblaue Flächen. Die Häufigkeit der Abfahrten im ÖV fällt an den Wochenenden deutlich niedriger aus als an Werktagen. Karte 3 illustriert das ÖV-Angebot differenziert nach Werktagen und Sonntagen. Es ist nicht überraschend, dass es in Mecklenburg-Vorpommern an Sonntagen deutlich ausgegünnt ist.

⁴ Die Länder weisen ausgewählte Gemeinden drei Typen von Zentren zu: (i) Grundzentren, mit einer elementaren Ausstattung und einem räumlich begrenzten Gebiet; (ii) Mittelzentren mit einer spezielleren Ausstattung, die Menschen in einem weiteren Radius versorgen; (iii) Oberzentren, die Angebote von überregionaler Bedeutung vorhalten, wie etwa eine Universität oder eine Oper, was wiederum mit einem guten überregionalen verkehrlichen und ÖV-Anschluss für den Verflechtungsbereich verbunden sein sollte.

⁵ Für die Analyse wurden alle ÖV-Verbindungen berücksichtigt, deren Ankunftszeit an den Zielen im Zeitraum zwischen 8 und 12 Uhr am Stichtag liegt und somit neben dem Berufsverkehr auch den Schülerverkehr umfasst. Für die Quantifizierung der Fahrzeit wurde die maximale Reisezeit auf drei Stunden eingeschränkt und für jede aus über 200.000 Haltestellen die zeitschnellste Verbindung zu einem von rund 1.100 Zentren berechnet. Für Details siehe BBSR (2018).

Karte 2
Erreichbarkeit von Ober- und Mittelzentren
2018

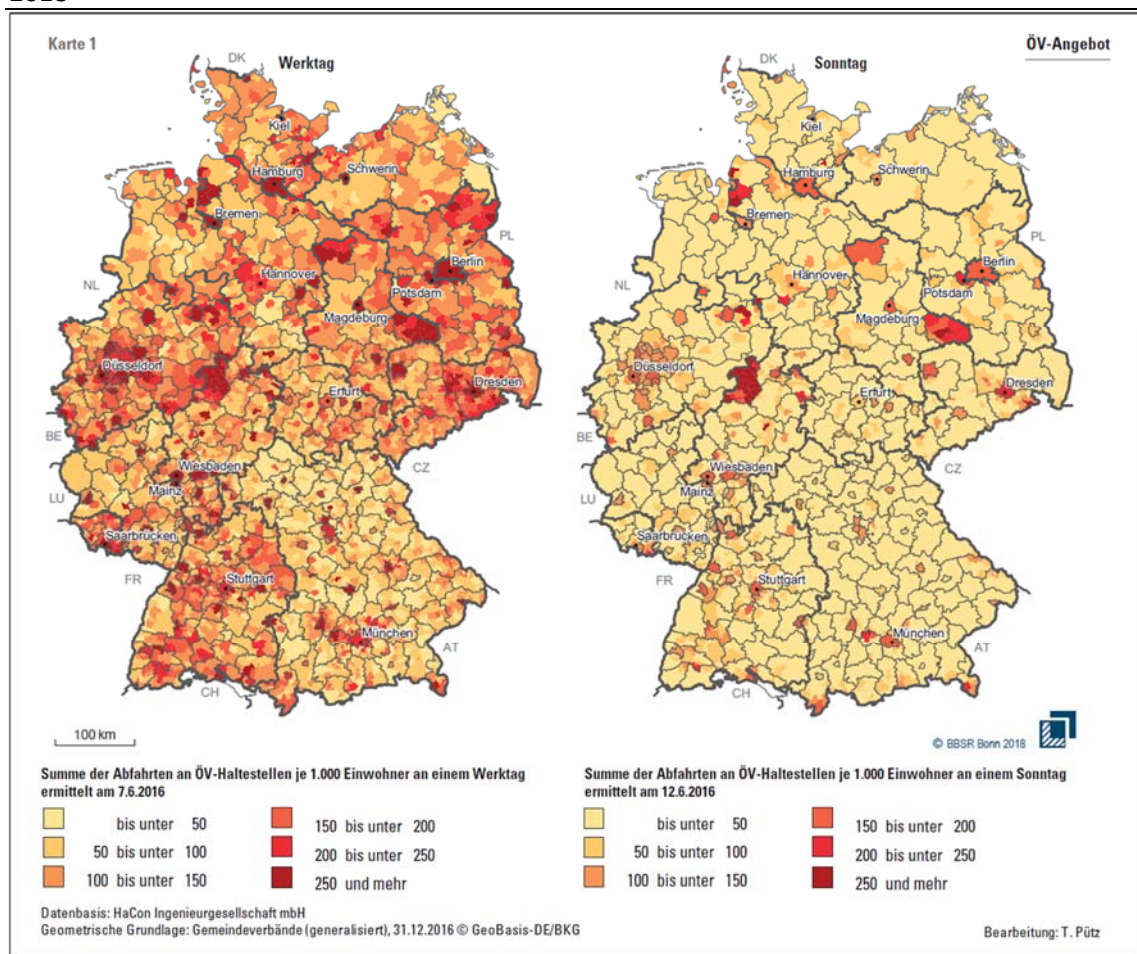


Quelle: BBSR (2018)

Karte 3

Angebot im öffentlichen Verkehr

2018



Quelle: BBSR (2018)

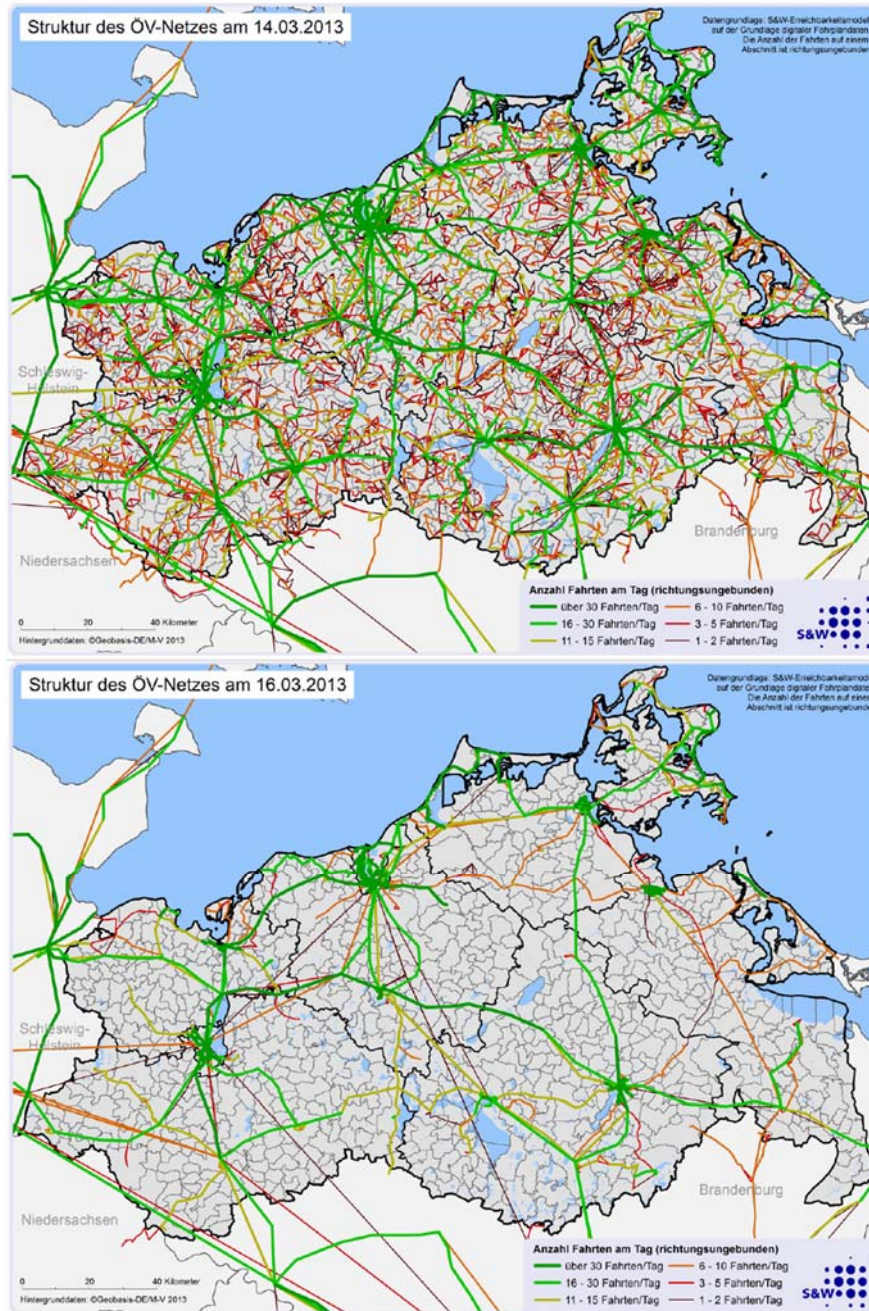
Kleinräumige Analysen zum ÖV-Netz in Mecklenburg-Vorpommern sind für das Jahr 2013 von Schwarze und Spiekermann (2013) durchgeführt worden. Als Stichtage für die Auswertungen haben die Autoren als Werktag den Donnerstag, 14.03.2013, und als Wochenendtag den Samstag, 16.03.2013, ausgewählt. Häufig bediente Streckenabschnitte im ÖV-Netz sind mit grünen Verbindungslinien markiert. Karte 4 zeigt deutlich, dass das ÖV-Angebot am Wochenende stark ausgedünnt ist. Ländliche Regionen haben demnach eine schlechte ÖV-Anbindung. Eine entsprechende Analyse zur Reisezeit mit dem ÖV an beiden Stichtagen zeigt, dass es in Mecklenburg-Vorpommern Gebiete gibt, in denen man an Werktagen mit dem ÖV über 45 Minuten bis zum nächsten zentralen Ort unterwegs ist und an Wochenenden in vielen Regionen sogar über 90 Minuten.

Zwar beziehen sich diese Analysen auf frühere Jahre. Jedoch wurde in Gesprächen mit Verantwortlichen aus Mecklenburg-Vorpommern deutlich, dass die Ergebnisse der Analysen nicht an Aktualität eingebüßt haben. Für die gesundheitliche Versorgung einer alternden Bevölkerung mit reduzierter Mobilität ergibt sich daraus eine besondere Herausforderung für das Bundesland. Mobilitätsangebote bzw. die Überbrückung von Distanzen wird zu einem Schlüsselfaktor für die gesundheitliche Versorgung. Beispiele für Mobilitätsangebote sind der Rufbus im Landkreis Ludwigslust-Parchim und der ILSE-Bus für Fahrplan-ungebundene Mobilität im ländlichen Raum im Landkreis Vorpommern-Greifswald (Kasten 1).

Karte 4

Struktur des Netzes des öffentlichen Verkehrs

2013, werktags (oben) und samstags (unten)

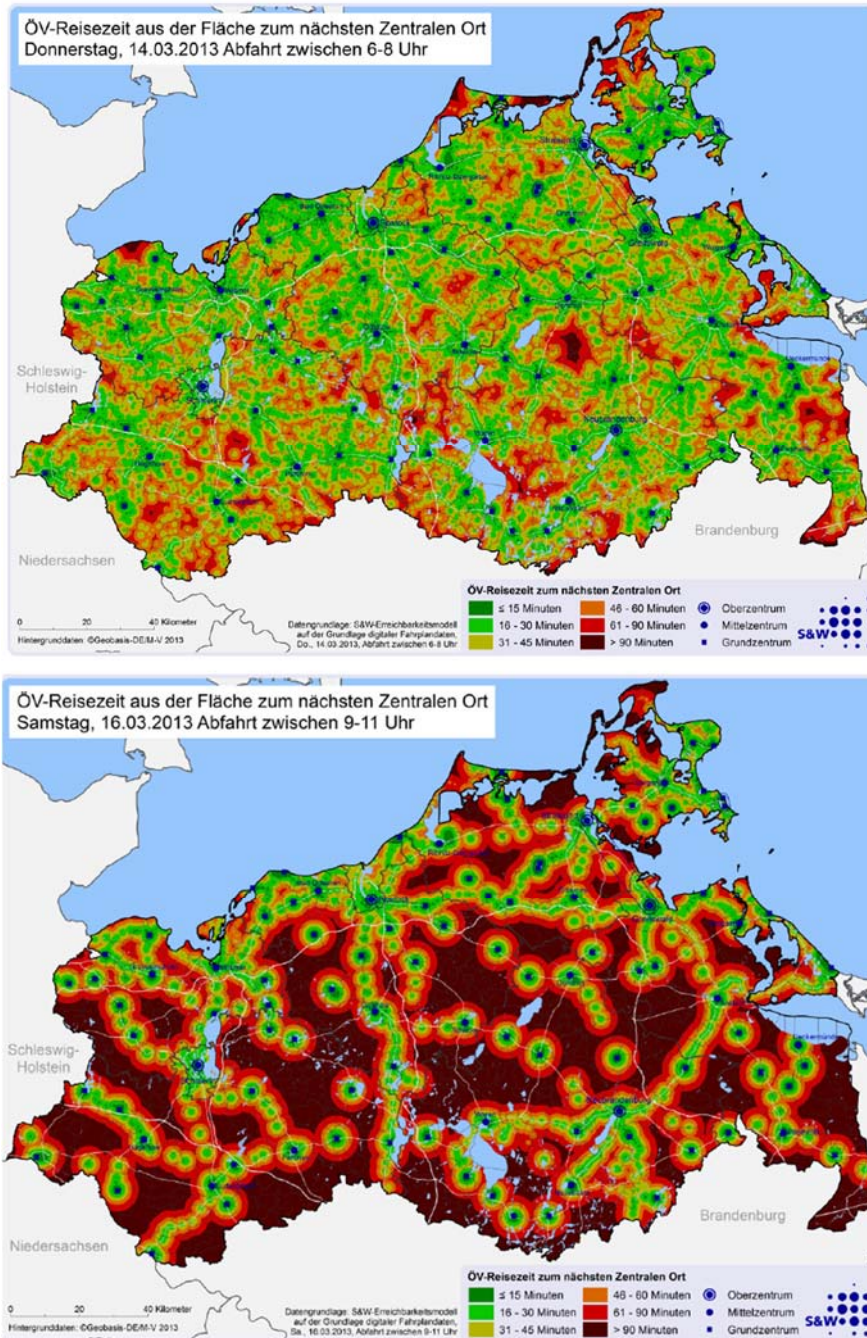


Quelle: Schwarze und Spiekermann (2013).

Karte 5

Reisezeit mit dem öffentlichen Verkehr

2013, werktags (oben) und samstags (unten)



Quelle: Schwarze und Spiekermann (2013).

Kasten 1

Rufbus-Modelle: Rufbus in Ludwigslust-Parchim und ILSE-Bus in Vorpommern-Greifswald

Mit dem Ziel, jeden Zug und Bus an allen Tagen des Jahres erreichbar zu machen, verkehrt der Rufbus des Verkehrsverbunds Ludwigslust-Parchim innerhalb festgelegter Gebiete in dem Landkreis. Der Rufbus ist im Streckennetz und in der digitalen Fahrplanauskunft integriert und

verbindet zu angegebenen Richtzeiten die Haltestellen innerhalb der definierten Gebiete sowie die Umsteigehaltestellen. Die genaue Abfahrtszeit ergibt sich bei der Bestellung, welche per Telefon oder online bis zu zwei Stunden vor der gewünschten Fahrt erfolgt (VLP 2021; Enquête-Kommission 2021).

Der ILSE-Bus der VVG Verkehrsgesellschaft Vorpommern-Greifswald mbH bedient ebenfalls öffentliche Haltestellen für Fahrten im Amt Peenetal/Loitz, nach Demmin und in der Region Jarmen/Tutow (ILSE-Bus 2021). Allerdings ist dieser Bus nicht im digitalen Auskunftssystem integriert (Enquête-Kommission 2021). Anders als der Rufbus orientiert sich der ILSE-Bus nicht an einem Fahrplan. Neben Telefon und Internet kann das Angebot auch über das Smartphone per App bis zu einer Stunde vor der gewünschten Fahrt bestellt werden. Die gewünschten Starthaltestellen und Zielpunkte werden in einem Buchungssystem hinterlegt und bei weiteren Buchungen berücksichtigt. Auf Wunsch können Fahrgäste auch bis vor die Haustür gefahren werden. Der ILSE-Bus verkehrt abgesehen von gesetzlichen Feiertagen montags bis freitags zwischen 8:00 bis 18:00 Uhr und auch während der Ferienzeit. Wie der Rufbus bietet der ILSE-Bus keine Fahrten in weniger als 30-minütigem Abstand zum regulären Linienverkehr an.

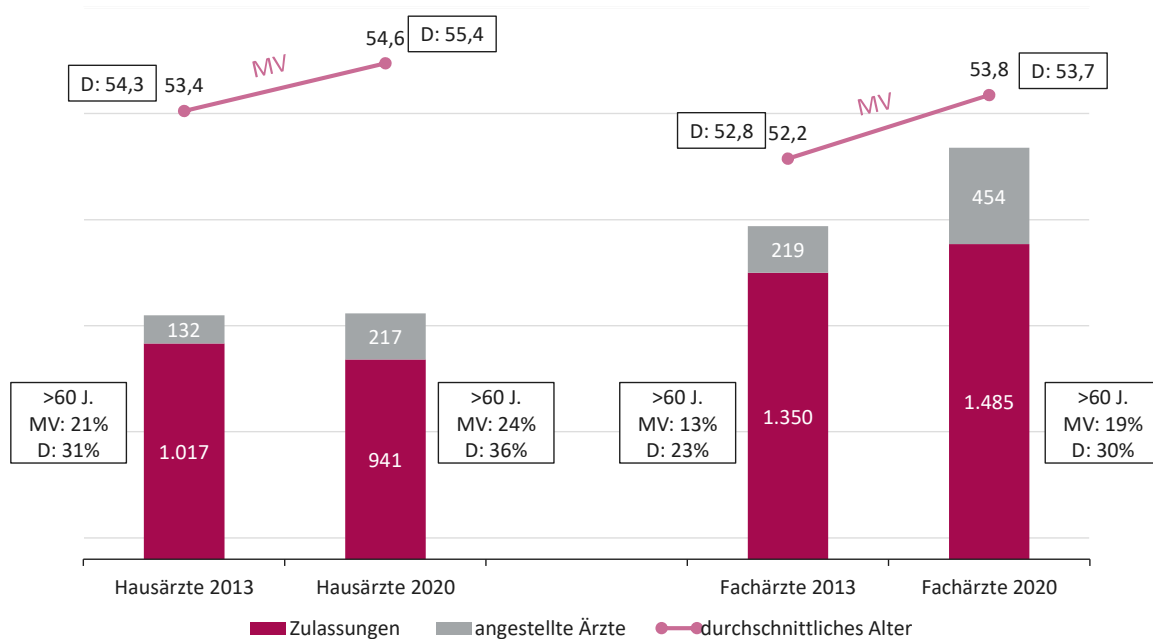
Die beiden Verkehrsangebote werden heute schon von Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen genutzt, um medizinische Leistungsanbieter aufzusuchen. Der ILSE-Bus wird z.B. von Ärzten für ihre Patienten einbestellt. Die Verkehrsunternehmen beider Rufbusse streben eine zeitliche und geografische Ausweitung ihrer Angebote sowie eine Integration weiterer Orte und gesundheitsbezogener Dienstleister an. Der Rufbus in Ludwigslust-Parchim soll mit virtuellen Haltestellen weiter ausgebaut werden und so perspektivisch u.a. jede Arztpraxis und Apotheke anbinden.

3.2. Vertragsärztliche Versorgung

In Mecklenburg-Vorpommern gab es im Jahr 2020 insgesamt 1.158 Hausärztinnen und -ärzte und damit annähernd so viele wie 2013 (1.149) (Schaubild 3) (KVMV 2012, 2019). Der Anteil der angestellten Hausärzte stieg jedoch von 11,5% auf 18,7%. Die Zahl der Fachärztinnen und -ärzte ist zwischen 2013 und 2020 von 1.569 auf 1.939 um 23,6% gestiegen. Auch hier nahm der Anteil der in einem Angestelltenverhältnis tätigen Ärzte von 14,0% auf 23,4% zu. Zudem lässt sich beobachten, dass das Durchschnittsalter der Ärzte und der Anteil der Über-60jährigen gestiegen ist. Im Vergleich zum bundesweiten Mittelwert liegt der Anteil der Über-60jährigen in Mecklenburg-Vorpommern jedoch deutlich niedriger.

Schaubild 3

Haus- und Fachärzte: Anzahl, Alter, Anstellungsverhältnis



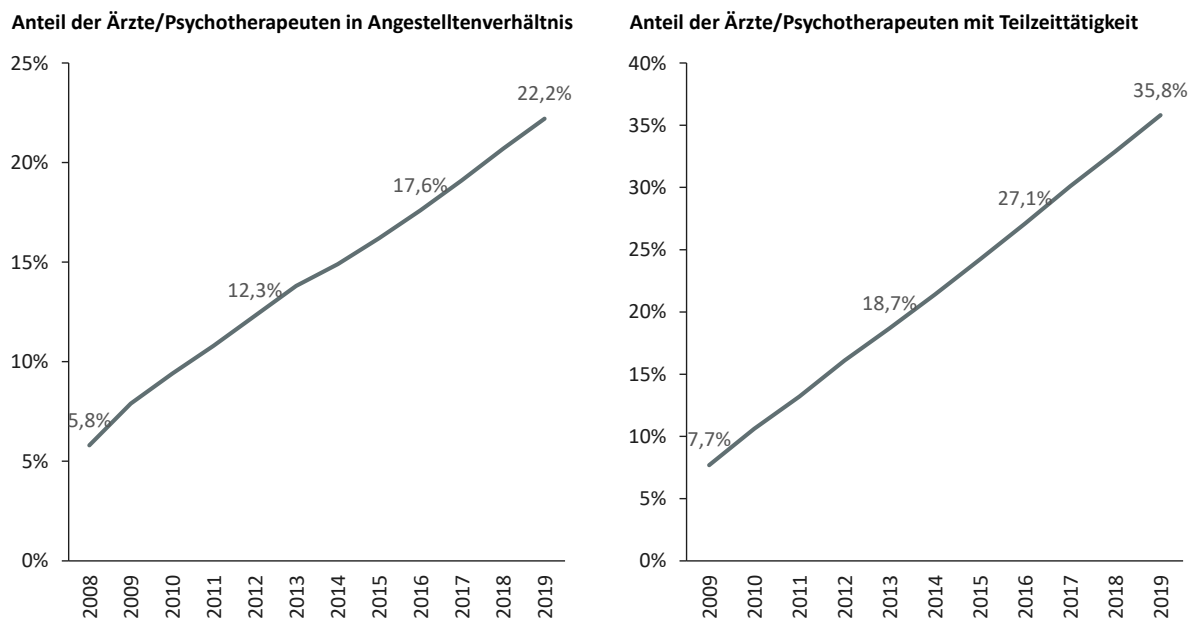
Anmerkung: Unter „Hausärzte“ werden Allgemeinmediziner/Praktische Ärzte und hausärztlich tätige Internisten subsumiert. Pädiater sind nicht eingeschlossen.

Quelle: KVMV (2012, 2019): Qualitätsberichte der KVMV für die Jahre 2013 und 2020, KBV (2021): Anzahl Ärzte/Psychotherapeuten nach Alter, eigene Darstellung.

Der Trend zum Angestelltenverhältnis und zum Arbeiten in Teilzeit lässt sich deutschlandweit beobachten (Schaubild 4). Im Jahr 2019 arbeiteten bundesweit 22,2% der Ärzte und Psychotherapeuten in einem Angestelltenverhältnis. Im Jahr 2008 waren es hingegen nur 5,8%. Der Trend zu mehr Teilzeittätigkeiten lässt sich auch in anderen Berufsgruppen beobachten: Aspekte wie die Vereinbarkeit von Beruf und Familie sowie eine ausgewogene Work-Life-Balance gewinnen an Bedeutung. Wir gehen davon aus, dass Mecklenburg-Vorpommern hiervon keine Ausnahme bildet. Laut Aussagen von Akteuren in Mecklenburg-Vorpommern steige die Teilzeitquote nicht nur bei jüngeren, sondern auch bei älteren Ärzten. In der Summe hat dies zur Konsequenz, dass trotz einer steigenden Anzahl an niedergelassenen Ärzten die Zahl der Vollkräfte weitgehend konstant geblieben ist (KBV 2020a).

Schaubild 4

Anteil von Ärzten und Psychotherapeuten im Angestelltenverhältnis bzw. in Teilzeit



Anmerkung: Nicht-angestellte Ärzte = Vertragsärzte, Partnerärzte, ermächtigte Ärzte / Angestellte Ärzte = in Praxen oder Einrichtungen

Quelle: Augurzky et al. (2020); bundesweite Zahlen.

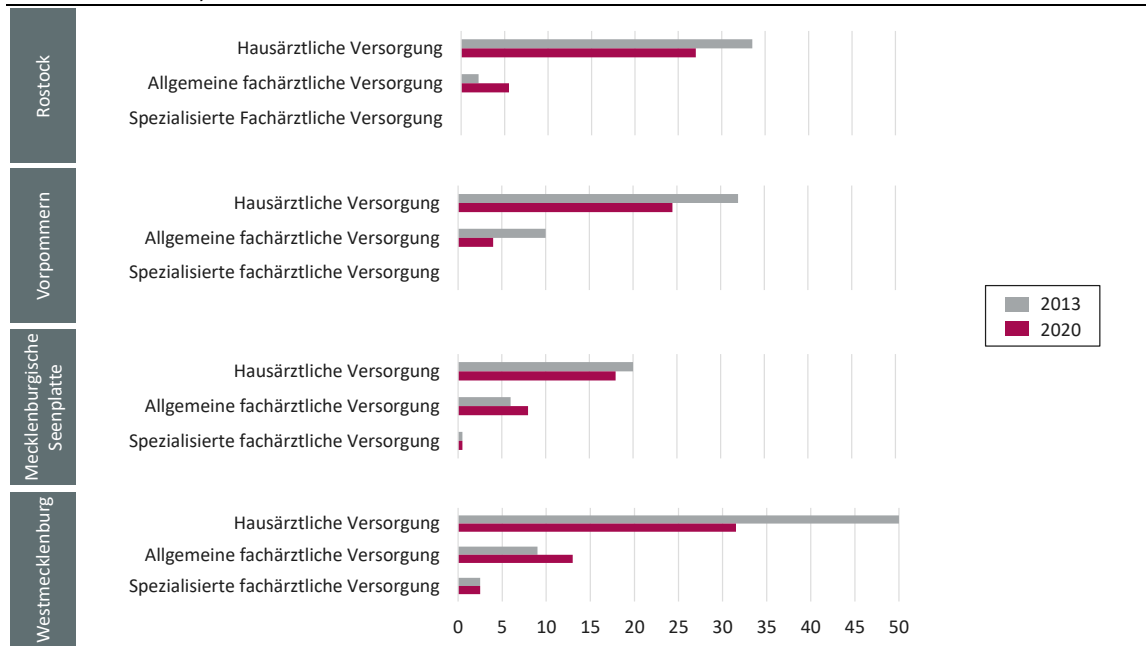
Die KV-Bedarfsplanung dient als Instrument, um die flächendeckende, wohnortnahe vertragsärztliche Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten und dabei sowohl eine Über- als auch Unterversorgung zu vermeiden. Verhältniszahlen definieren das Soll-Versorgungsniveau (Einwohner pro Arzt) für die jeweilige Region und Arztgruppe. Jede Arztgruppe wird einer von vier Versorgungsebenen⁶ zugeordnet. Damit lässt sich ermitteln, in welchen Planungsbereichen und Fachgebieten Zulassungsbeschränkungen bestehen oder aber noch Zulassungen erteilt werden können. Schaubild 5 zeigt die Anzahl freier Arztsitze für die vier Planungsregionen in Mecklenburg-Vorpommern für die Jahre 2013 und 2020 nach Versorgungsebene. Insgesamt lässt sich beobachten, dass der zusätzliche Bedarf an Haus- und Fachärzten zwischen 2013 und 2020 in allen Regionen zwar gesunken ist. Der größte Zusatzbedarf besteht jedoch nach wie vor in der hausärztlichen Versorgung. In Westmecklenburg ist der zusätzliche Bedarf an Haus- und Fachärzten am größten.

⁶ Hausärztliche Versorgung: Hausärzte; Allgemeine fachärztliche Versorgung: Augenärzte, Chirurgen, Frauenärzte, HNO-Ärzte, Hautärzte, Nervenärzte, Psychotherapeuten, Orthopäden, Urologen, Kinderärzte; Spezialisierte fachärztliche Versorgung: Fachinternisten, Anästhesisten, Radiologen, Kinder- und Jugendpsychiater; Gesonderte fachärztliche Versorgung: PRM-Mediziner, Nuklearmediziner, Strahlentherapeuten, Neurochirurgen, Humangenetiker, Laborärzte, Pathologen, Transfusionsmediziner.

Schaubild 5

Zusatzbedarfe an Haus- und Fachärzten in Mecklenburg-Vorpommern

Anzahl Arztsitze, 2013 und 2020

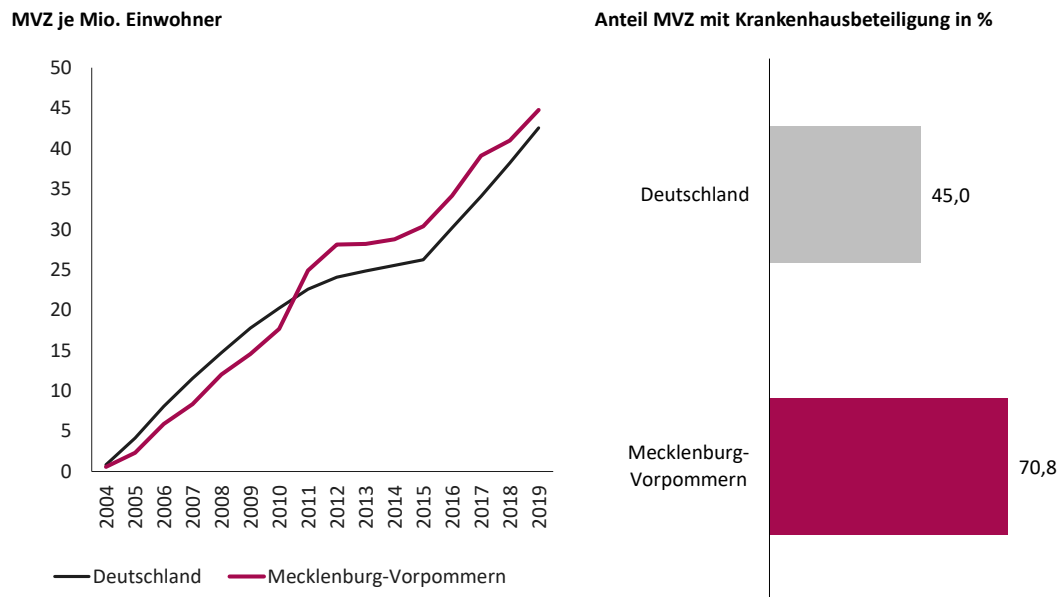


Quelle: KVMV 2014, 2021: Journal der KVMV von Januar 2014 mit Stand 22.11.2013 und von Februar 2021 mit Stand 03.12.2020, eigene Darstellung.

Neben der klassischen Arztpraxis, die von niedergelassenen Ärzten betrieben wird, gewinnen Medizinische Versorgungszentren (MVZ) an Bedeutung. In einem MVZ arbeiten mindestens zwei Ärzte aus verschiedenen Fachrichtungen oder Schwerpunkten interdisziplinär zusammen. In Mecklenburg-Vorpommern finden sich bezogen auf die Einwohnerzahl überdurchschnittlich viele MVZ (Schaubild 6). Auch der Anteil der MVZ mit Krankenhausbeteiligung liegt in Mecklenburg-Vorpommern weit über dem Bundesdurchschnitt.

Schaubild 6

Zahl der MVZ und Anteil mit Krankenhausbeteiligung in %



Quelle: Augurzky et al. (2020), KBV (2021a), eigene Darstellung.

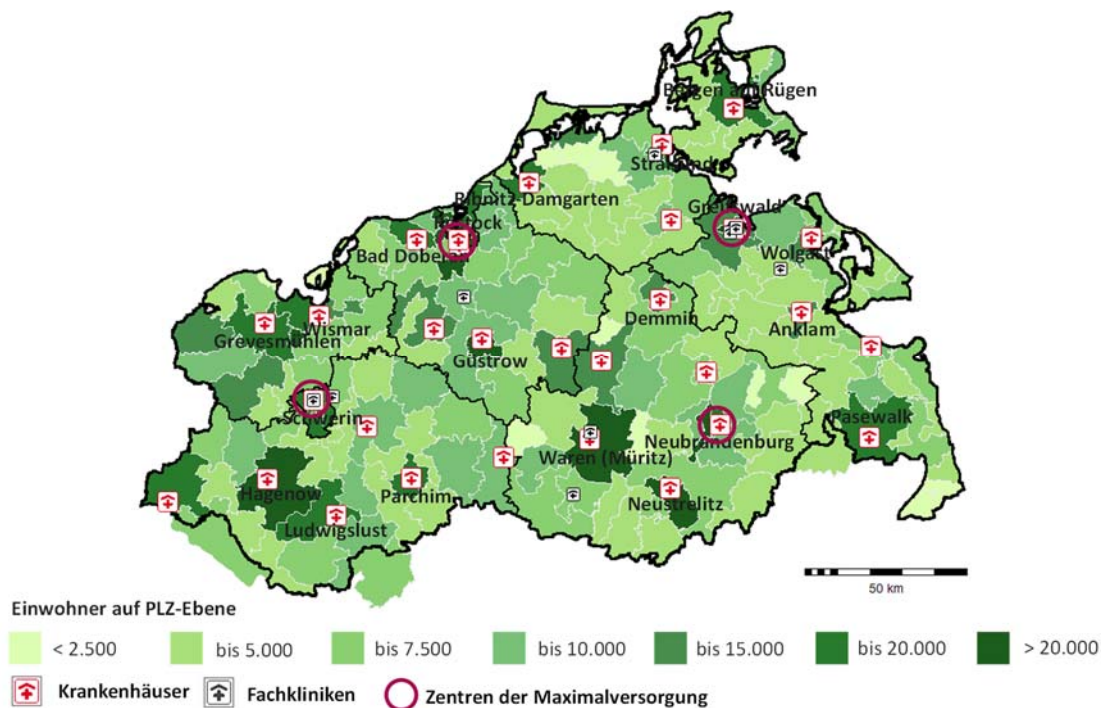
3.3. Krankenhäuser

Die akutstationäre Versorgung findet in Mecklenburg-Vorpommern an 40 Standorten statt (Karte 6). Darunter befinden sich zehn Fachkliniken. Für die Bevölkerung sind die Einzugsgebiete und der Zugang zu länderübergreifender medizinischer Versorgung zum Norden über die Ostsee und zum Osten über die Grenze zu Polen begrenzt. Es gibt vier sehr große Standorte: die beiden Universitätskliniken Rostock und Greifswald sowie HELIOS Schwerin und das Dietrich-Bonhoeffer-Krankenhaus in Neubrandenburg. Mecklenburg-Vorpommern verfügt damit über vier geografisch gut verteilte Zentren der Maximalversorgung.

Karte 6

Stationäre Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern

Standorte der Krankenhäuser

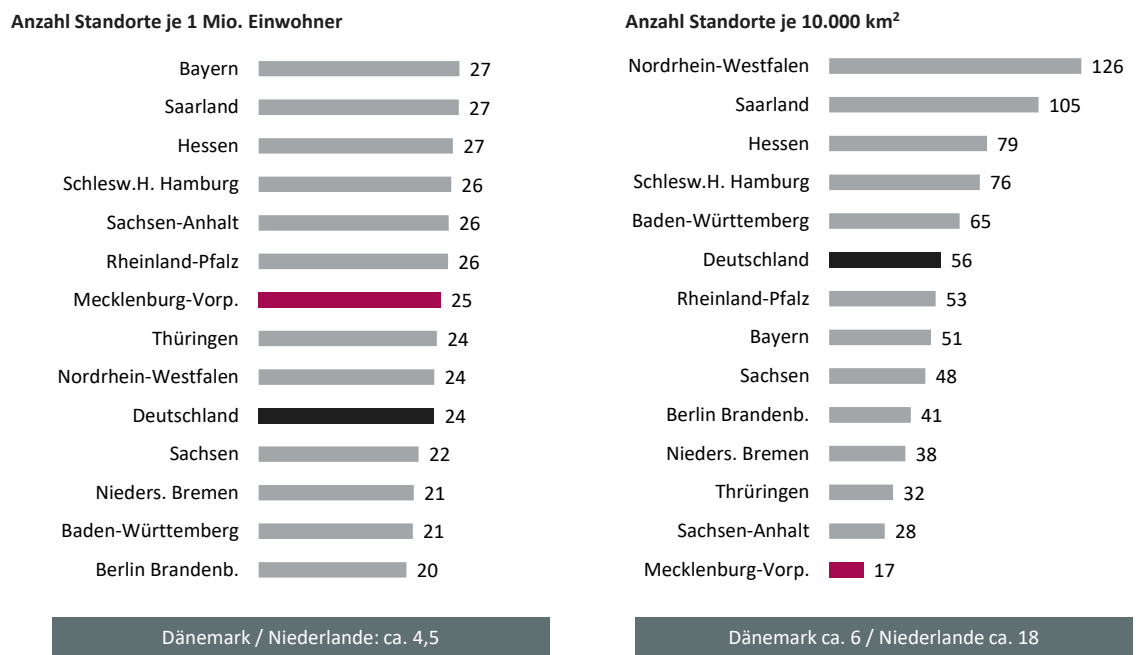


Anmerkung: Die gekennzeichneten Standorte umfassen 30 Krankenhäuser und zehn Fachkliniken.

Quelle: G-BA (2020), Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit des Landes Mecklenburg-Vorpommern (2020), eigene Darstellung.

Bezogen auf seine Einwohnerzahl besitzt Mecklenburg-Vorpommern eine leicht überdurchschnittliche Zahl an Krankenhausstandorten (Schaubild 7): 25 auf eine Million Einwohner im Vergleich zu 24 im bundesweiten Durchschnitt. Bezogen auf seine Fläche weist Mecklenburg-Vorpommern dagegen die wenigsten Standorte auf: 17 Standorte auf 10.000 km². Bundesweit sind es im Durchschnitt 56. Demnach besteht, gemessen an deutschen Verhältnissen, kaum noch Potenzial zur weiteren Zentralisierung der Krankenhausstruktur. Im internationalen Vergleich ist dieser kleine Wert von Mecklenburg-Vorpommern jedoch nicht unüblich. So besitzen die dicht bevölkerten Niederlande nur 18 Standorte auf 10.000 km² und Dänemark sogar nur 6. Insofern muss es offenbar Versorgungsstrukturen geben, die eine noch stärkere Zentralisierung grundsätzlich erlauben.

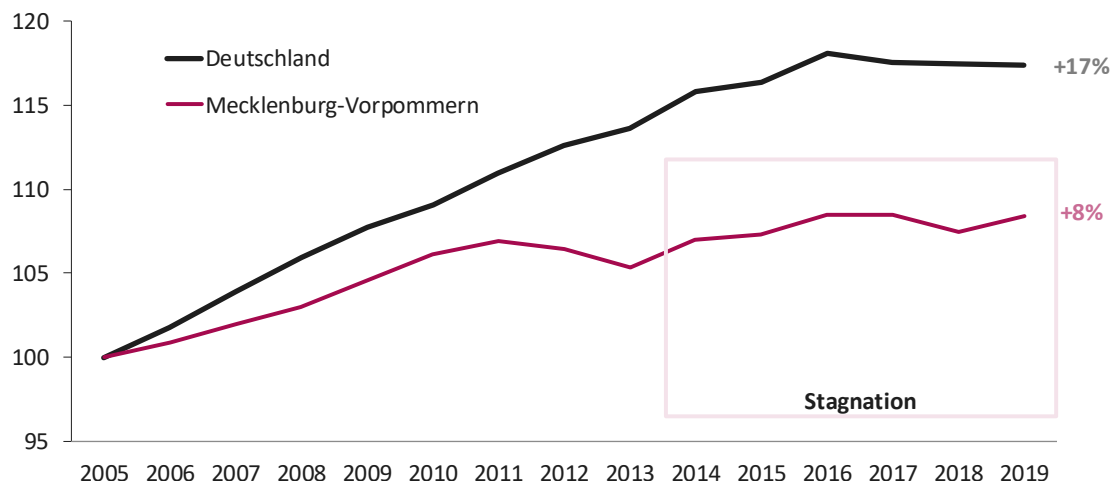
Schaubild 7
Standortdichte der Krankenhäuser
 2019



Quelle: Statistisches Bundesamt (2021b), G-BA (2020), alle Krankenhäuser inkl. Psych., ohne Tageskliniken; OECD (2021) – Health Statistics, Eurostat (2021) – Health Statistics, eigene Darstellung.

Die Anzahl stationärer Fälle stieg in Deutschland bis 2016 jedes Jahr an, seitdem ist sie sogar leicht rückläufig (Schaubild 8). In Mecklenburg-Vorpommern setzte die Stagnation bereits einige Jahre früher ein. Seit 2014 hat sich die Fallzahl im Land nicht mehr wesentlich verändert. Von 2005 bis 2019 lag der kumulierte Zuwachs in Mecklenburg-Vorpommern daher nur bei 8%, während er bundesweit 17% betrug. Trotzdem ist die Hospitalisierungsrate in Mecklenburg-Vorpommern im Jahr 2018 mit etwa 25,6 stationären Fällen je 100 Einwohner weiterhin höher als im Bundesdurchschnitt (23,4).

Schaubild 8
Stationäre Fallzahl in Krankenhäusern
 2005 bis 2019, 2005=100



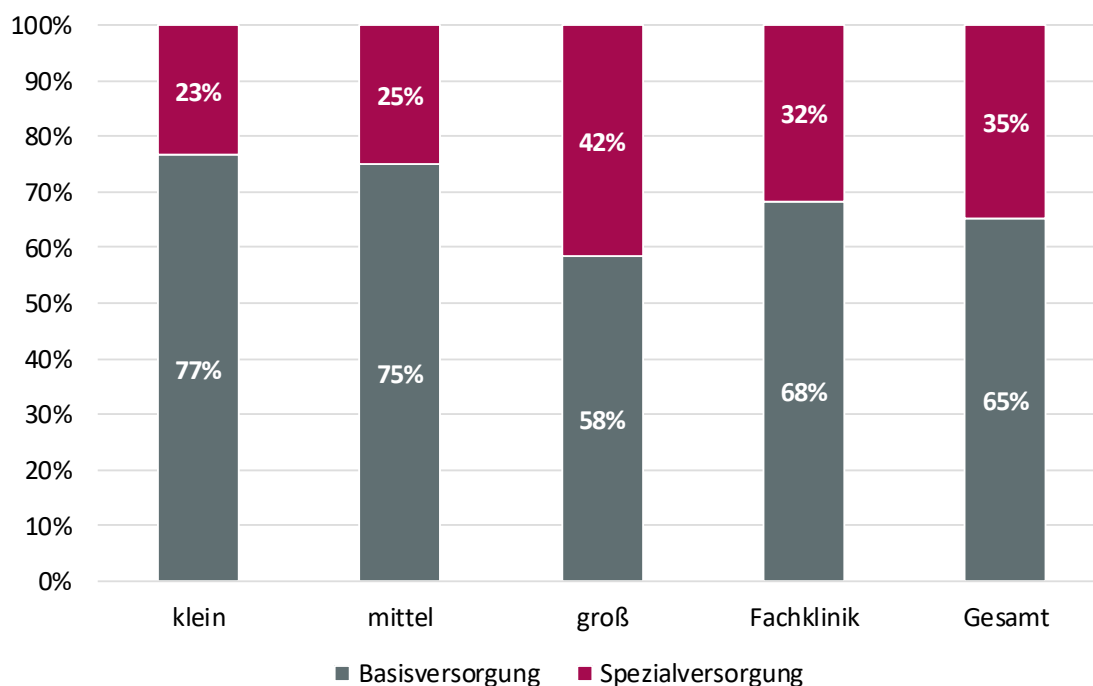
Quelle: Statistisches Bundesamt (2021c), eigene Darstellung.

Eine wichtige Frage zur Beurteilung der Krankenhausstruktur ist die Art der Verteilung der stationären Fälle auf Leistungen der Basis- und Spezialversorgung. Anhand der Kriterien (i) Behandlungshäufigkeit in Häusern der Grundversorgung, (ii) Komplexität und (iii) strukturelle Anforderungen ordnen wir Fälle entweder der Basis- oder der Spezialversorgung zu.

Schaubild 9 zeigt, wie sich die Fälle im Jahr 2018 auf die Krankenhaustypen aufteilen. Im Durchschnitt entfallen 65% aller Fälle in Mecklenburg-Vorpommern auf die Basis- und 35% auf die Spezialversorgung. Bei den kleinen und mittelgroßen Krankenhäusern überwiegt die Basisversorgung mit etwa drei Vierteln. Bei den großen Krankenhäusern ist der Anteil der Spezialversorgung mit 42% deutlich höher, was zu erwarten war. Unerwartet niedrig fällt der Anteil der Spezialversorgung bei den reinen Fachkliniken aus. Dies ist vor allem darauf zurückzuführen, da viele Fachkliniken für Psychiatrie bestehen und einige Diagnosen, wie beispielsweise Depressionen, aufgrund ihrer Häufigkeit der Basisversorgung zugeordnet sind.

Schaubild 9

Stationäre Fälle nach Versorgungsart und Krankenhausgröße 2018



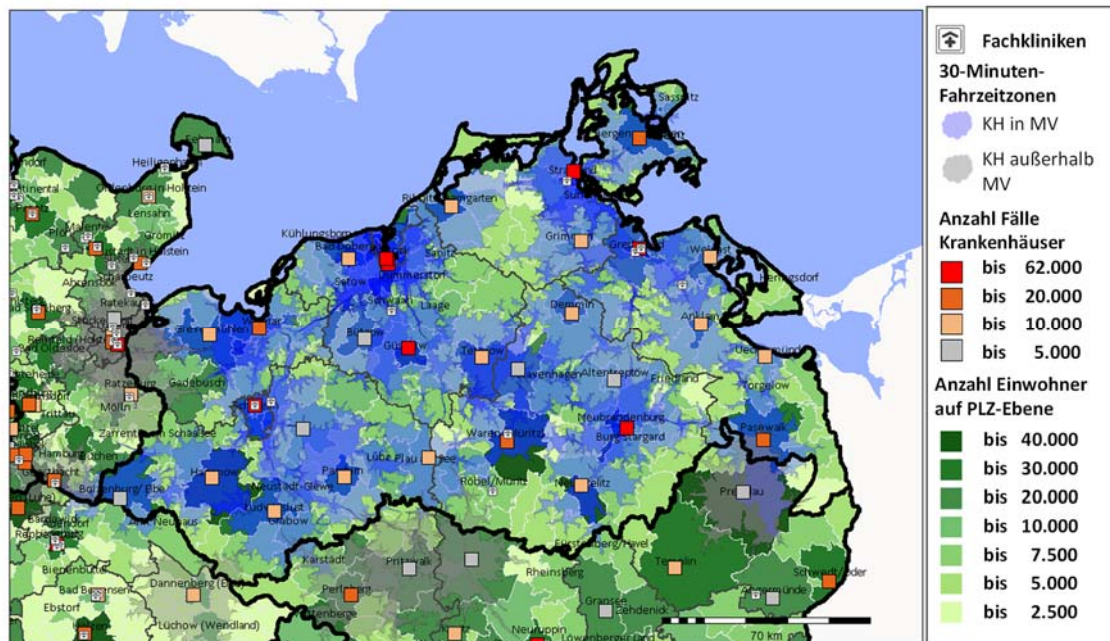
Quelle: G-BA (2020), eigene Darstellung.

Wenn wie in Mecklenburg-Vorpommern die Standortdichte in der Fläche gering ist, spielt die Erreichbarkeit aus Sicht der Bevölkerung eine große Rolle. Karte 7 bildet Erreichbarkeitszonen um die Krankenhausstandorte (ohne Fachkliniken) ab. Um jeden Standort ist die Pkw-Fahrzeit von 30 Minuten dargestellt, wobei die lokale Verkehrsinfrastruktur zur Fahrzeitberechnung einbezogen wurde. Die blau gefärbten Flächen zeigen, von welchen Regionen aus die Bevölkerung innerhalb von einer halben Stunde mit dem Pkw das nächstgelegene Krankenhaus erreichen kann. Es zeigen sich über das Land verteilt einige nicht-blaue Flecken. Dort lebt ca. 16% der Bevölkerung. Demnach erreichen etwa 84% der Bevölkerung in Mecklenburg-Vorpommern ein Krankenhaus innerhalb einer Pkw-Fahrzeit von 30 Minuten. In Bezug auf alle Leistungen der Basisversorgung dürfte die Erreichbarkeit jedoch etwas schlechter ausfallen, weil nicht jedes Krankenhaus alle Basisleistungen anbietet.

Karte 7

Erreichbarkeit der Krankenhäuser in Mecklenburg-Vorpommern

2018

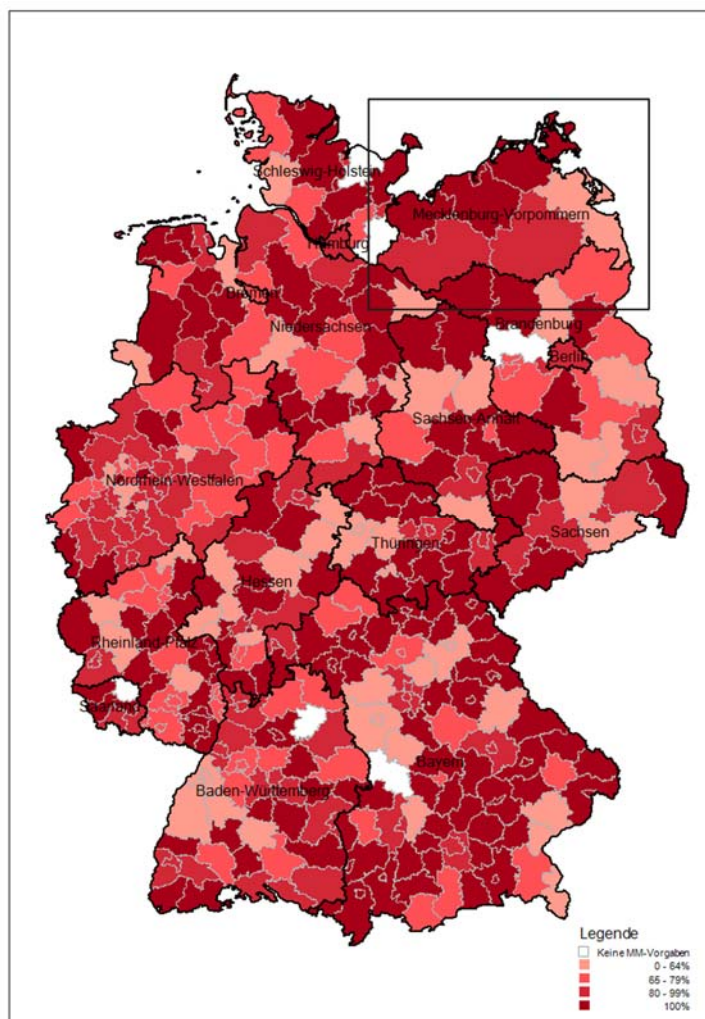


Quelle: G-BA (2020); GfK-Bevölkerungsdaten (2020), eigene Darstellung.

Viele Leistungen der Spezialversorgung können naturgemäß nur in großen Zentren angeboten werden, weil üblicherweise nur dort die erforderliche Ausstattung und entsprechend spezialisierten Fachkräfte tätig sind. Eine wichtige Frage wird daher sein, wo die Grenze zwischen einer wohnortnahen Grund- und Notfallversorgung einerseits und (teils wohnortferneren) Spezialleistungen andererseits gezogen wird. Eine weitere wichtige Frage zielt darauf ab, durch welche Mittel und Instrumente Distanzen überbrückt werden können und welches maximale Zeitfenster als vertretbar angesehen wird. Diese Fragen lassen sich nicht ausschließlich medizinisch beantworten. Die Antworten hängen davon ab, welche finanziellen und personellen Ressourcen für die Gesundheitsversorgung zur Verfügung stehen und wie effizient diese Ressourcen unter den gegebenen oder ggf. veränderten Rahmenbedingungen eingesetzt werden können.

Karte 8 stellt den Anteil der von den Krankenhäusern erreichten Mindestmengenvorgaben auf Kreisebene für ganz Deutschland dar. Je heller ein Landkreis eingefärbt ist, desto geringer ist der Erreichungsgrad. Die Vorgaben werden in weiten Teilen Deutschlands erreicht; ein geringer Erreichungsgrad tritt nur vereinzelt in bestimmten Kreisen auf, bspw. in Vorpommern-Greifswald. Die südliche Region Mecklenburg-Vorpommerns (Mecklenburgische Seenplatte, Ludwigslust Parchim) erreicht zwischen 80% und 99% die Mindestmengenvorgaben, während sie in den fünf nördlichen Kreisen (Schwerin, Nordwestmecklenburg, Rostock, Rostock Stadt, Vorpommern-Rügen) vollständig erreicht werden.

Karte 8
Mindestmengen
 2018



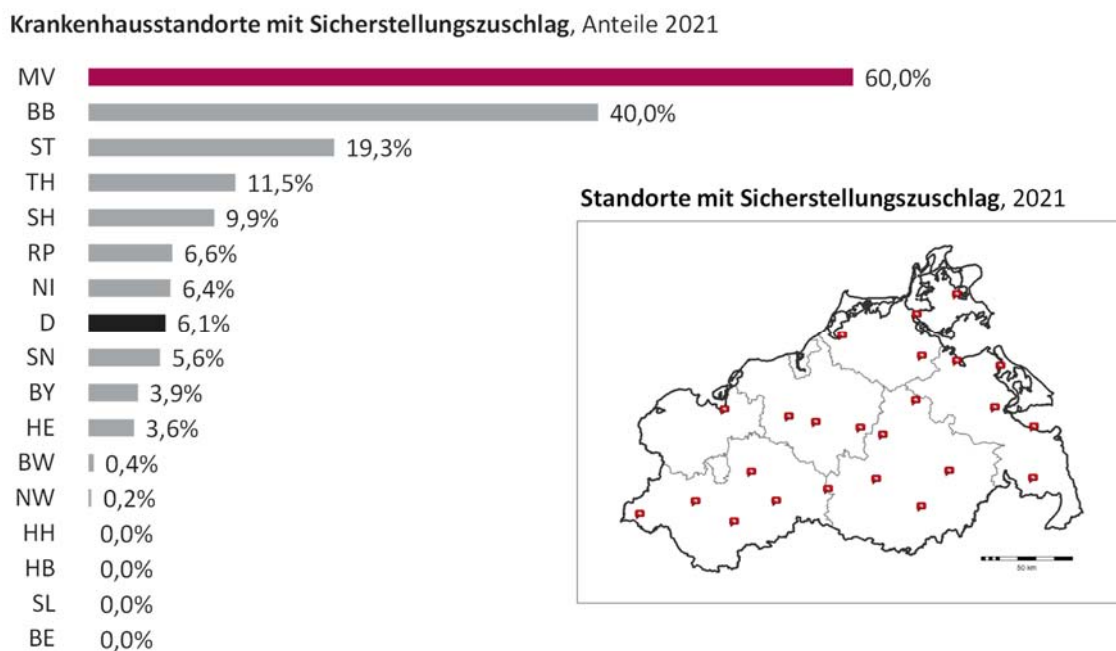
Quelle: G-BA (2020), eigene Darstellung.

Aufgrund der im bundesweiten Vergleich geringen Standortdichte sowie vieler kleiner Standorte in Mecklenburg-Vorpommern spielen Sicherstellungszuschläge für Krankenhäuser eine große Rolle. Krankenhäuser, die für die regionale Grundversorgung der Bevölkerung notwendig sind, die aber aufgrund geringer Fallzahlen ihre relevanten Fachabteilungen nicht kostendeckend finanzieren können, werden mit Sicherstellungszuschlägen finanziell unterstützt. Schaubild 10 zeigt, dass hohe 60% aller Krankenhäuser in Mecklenburg-Vorpommern einen Sicherstellungszuschlag erhalten. Bundesweit trifft dies nur auf 6% aller Krankenhäuser zu. Es handelt sich dabei um einen Sicherstellungszuschlag nach § 5 Abs. 2 KHEntgG. Seit 2021 ist die Förderung gestaffelt: Krankenhausstandorte mit mehr als zwei bedarfsnotwendigen Fachabteilungen erhalten zu den 400.000 € Pauschalzuschlag für jede weitere Fachabteilung zusätzlich 200.000 €, maximal sind 800.000 € möglich. Die Standorte der Krankenhäuser in Mecklenburg-Vorpommern, die 2021 einen Sicherstellungszuschlag erhielten, sind in Schaubild 10 abgebildet.

Schaubild 10

Krankenhäuser mit Sicherstellungszuschlägen

2021, Anteil in %



Anmerkung: Nur Standorte mit stationären Fällen größer als 0 berücksichtigt.

Quelle: DKG (2021): Liste der Krankenhäuser; G-BA (2020), eigene Darstellung.

Zur Einordnung der wirtschaftlichen Lage der Krankenhäuser wird im Folgenden auf Analysen des Krankenhaus Rating Report 2020 (Augurzky et al. 2020) zurückgegriffen. Grundlage für die wirtschaftlichen Analysen ist eine Stichprobe von 515 Jahresabschlüssen von Krankenhäusern aus dem Jahr 2017 und 364 aus 2018. Auf Grundlage der Abschlüsse, die für beide Jahre vorliegen, wurde für die 161 Abschlüsse, die nur für 2017 vorhanden sind, eine Hochrechnung auf 2018 vorgenommen. Außerdem werden längere Zeitreihen dargestellt, indem auf Daten von früheren Reports zurückgegriffen wird. Die bundesweit vorliegenden Daten repräsentieren rund 45% aller Krankenhäuser und decken etwa 71% des Umsatzes des gesamten Krankenhausmarkts ab. Sie sind damit sehr aussagekräftig.

Im Krankenhaus Rating Report 2020 ist Mecklenburg-Vorpommern mit Berlin und Brandenburg aus statistischen Gründen als ein Cluster analysiert worden. Für dieses Gutachten sind erstmals separate wirtschaftliche Analysen für Mecklenburg-Vorpommern durchgeführt worden. Für das Jahr 2018 umfasst die Stichprobe für Mecklenburg-Vorpommern 15 Jahresabschlüsse, die 25 verschiedene Krankenhäuser von insgesamt 40 Krankenhausstandorten repräsentieren. Dies sind 63% der Krankenhausstandorte und sogar 90% der Betten⁷ im Bundesland. Die Jahresabschlüsse auf Kettenebene lassen aber keine Aussagen auf Standortebene⁸ zu, sodass bspw. Aussagen zu Krankenhäusern in privater Trägerschaft nur begrenzt möglich sind.

Als zentraler Indikator zur Beurteilung der wirtschaftlichen Lage eines Krankenhauses verwendet der Krankenhaus Rating Report die Ausfallwahrscheinlichkeit, die das Insolvenzrisiko misst. Sie liegt theoretisch zwischen 0% und 100%. Für die weit überwiegende Zahl der Krankenhäuser bewegt sie sich zwischen 0% und etwa 10%. Eine hohe Ausfallwahrscheinlichkeit bzw. deren

⁷ In Bezug auf die Bettenzahl im Krankenhausverzeichnis.

⁸ Einige Jahresabschlüsse liegen nur auf Ebene der Krankenhauskette vor.

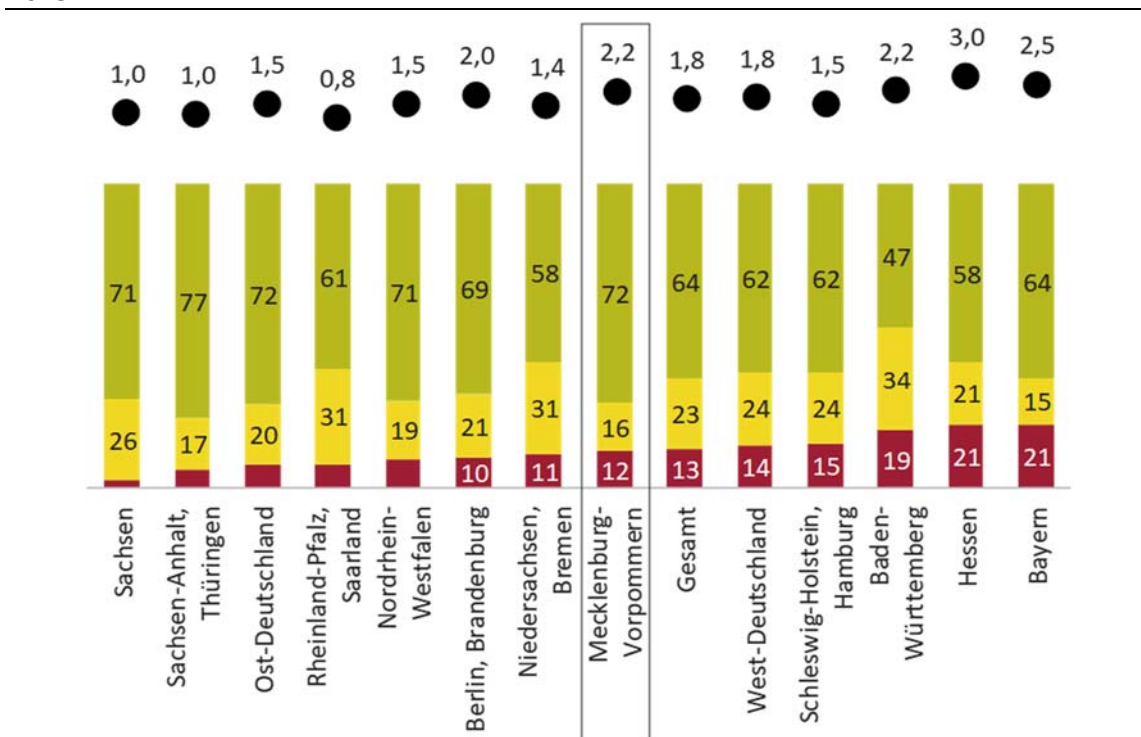
Erhöhung kann unterschiedliche Konsequenzen haben. Naheliegend ist beispielsweise eine Verteuerung von Krediten bzw. erschwerten Zugang zu Fremdkapital.

Die errechneten Ausfallwahrscheinlichkeiten werden zur Veranschaulichung einem groben Ampelsystem zugeordnet. Der niedrigste Wert stellt das beste, der höchste Wert das schlechteste Rating dar. Liegt er zwischen 0,0% und 1,0%, spiegelt er ein geringes bis moderates Ausfallrisiko wider und wird mit der Farbe Grün hinterlegt. Eine Kreditaufnahme sollte im grünen Bereich einfach bzw. zu geringen Kosten möglich sein. Werte zwischen 1,0% und 2,6% sind gelb hinterlegt. Die Kreditaufnahme ist erschwert und Kredite werden teurer. Alle Werte darüber sind rot hinterlegt; hier ist mit erheblichen Problemen bei der Kreditaufnahme zu rechnen bzw. ist sie sogar unmöglich.

Schaubild 11 zeigt die Ausfallwahrscheinlichkeit der Krankenhäuser nach Ländern und das dazugehörige Ampelsystem für das Jahr 2018. Innerhalb Deutschlands variiert die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser stark. In Bezug auf die Ampelklassifikation schneidet Mecklenburg-Vorpommern leicht besser als der Bundesdurchschnitt ab. 12% der Krankenhäuser befinden sich im roten und 16% im gelben Bereich (Bund: 13% bzw. 23%). Hinsichtlich der mittleren Ausfallwahrscheinlichkeit schneidet Mecklenburg-Vorpommern jedoch mit 2,2% schlechter als der bundesweite Wert von 1,8% ab. Dies könnte daran liegen, dass besonders die Krankenhäuser im roten Bereich in Mecklenburg-Vorpommern eine besonders hohe Ausfallwahrscheinlichkeit aufweisen, die den Durchschnitt insgesamt drücken. Karte 9 stellt die regionale Verteilung des Anteils gefährdeter Krankenhäuser, definiert als den Anteil im roten Bereich zuzüglich 50% des Anteils im gelben Bereich im Jahr 2018 dar. In Mecklenburg-Vorpommern beträgt er 15 bis 25%. Damit liegt Mecklenburg-Vorpommern im Mittelfeld.

Schaubild 11

Ausfallwahrscheinlichkeit der Krankenhäuser 2018



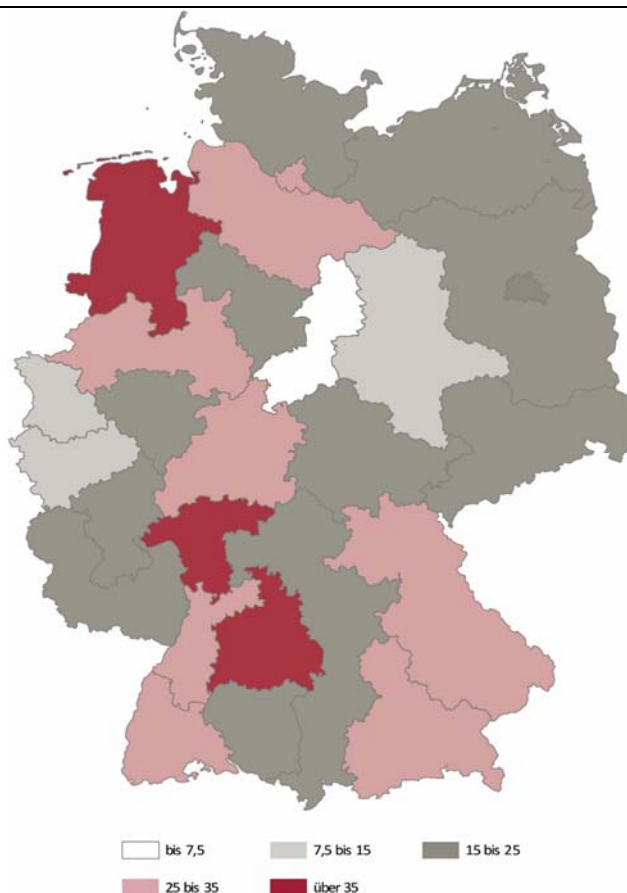
Anmerkung: Die Stichprobe an Jahresabschlüssen für Mecklenburg-Vorpommern umfasst 63% der Krankenhausstandorte und 90% der Betten.

Quelle: Augurzky et al. (2020), eigene Darstellung.

Karte 9

Anteil gefährdeter Krankenhäuser nach Regionen

2018, Anteil in %



Anmerkung: Anteil gefährdet = Anteil im roten Bereich zzgl. 50% des Anteils im gelben Bereich.

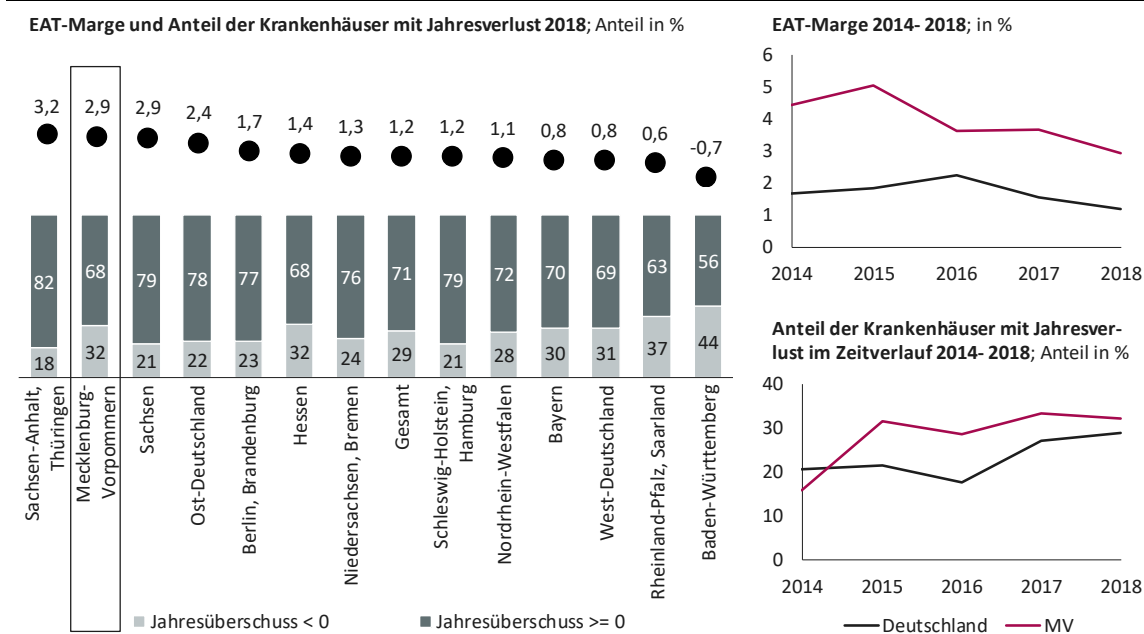
Quelle: Augurzky et al. (2020), eigene Darstellung.

Bei der Ertragslage ergab sich ein leicht anderes Bild (Schaubild 12). Bundesweit lag das durchschnittliche Jahresergebnis nach Steuern (EAT⁹) bei 1,2% der Erlöse. In Mecklenburg-Vorpommern war sie mit 2,9% besser. Allerdings fällt auf, dass der Anteil der Krankenhäuser, die einen Verlust schrieben, mit 32% dagegen unerwartet hoch lag. Bundesweit waren es 29%. Offenbar ist die Spreizung in der Ertragslage in Mecklenburg-Vorpommern besonders hoch, was kompatibel mit dem Befund bei der Ausfallwahrscheinlichkeit ist. Die gute durchschnittliche Ertragslage im Bundesland könnte aber auch daran liegen, dass für die privaten Klinikketten keine Ergebnisse auf Standortebene vorliegen. Es ist möglich, dass die kleinen Standorte der privaten Betreiber auch schlechtere Zahlen schreiben, die aber in der großen Kette „untergehen“. Krankenhäuser in öffentlich-rechtlicher Trägerschaft weisen überwiegend ein negatives Jahresergebnis auf, freigemeinnützige Häuser lassen kein erkennbares Muster erkennen. Kleinere Kliniken schneiden schlechter ab als größere, aber kleine Fachkliniken finden sich auch mit sehr guten Ergebnissen. Auffällig ist zudem, dass sich die Ertragslage in Mecklenburg-Vorpommern in den vergangenen Jahren (2014 bis 2018) verschlechtert hatte.

⁹ Earnings after tax

Schaubild 12

Ertragslage der Krankenhäuser in Mecklenburg-Vorpommern 2018



Anmerkung: EAT = Gewinn nach Steuern (Earnings after tax).

Quelle: Augurky et al. (2020), eigene Darstellung.

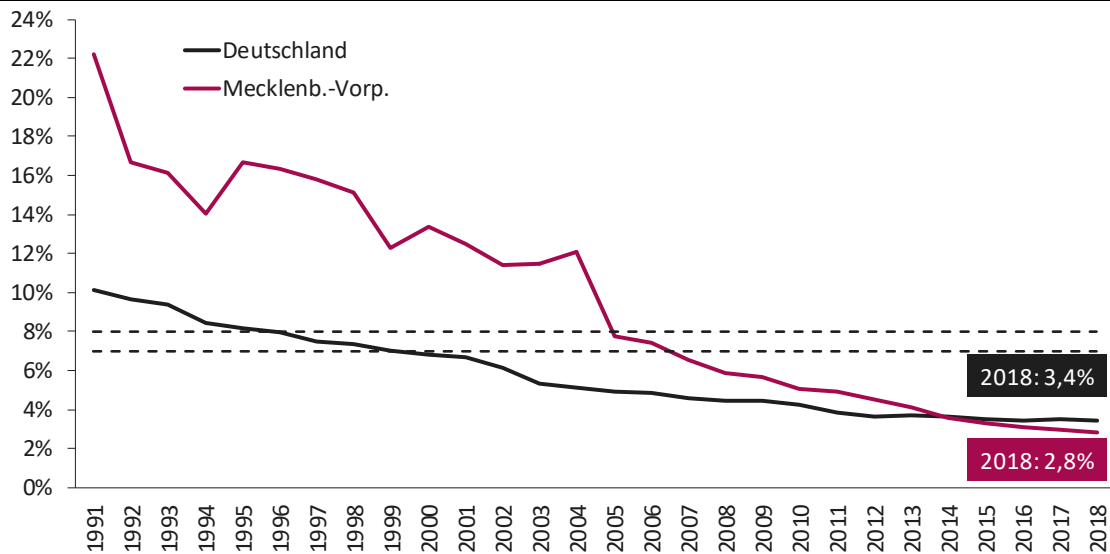
Sinkende Gewinne erschweren die Investitionsfinanzierung. Zwar obliegt nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) den Ländern die Finanzierung der Investitionskosten der Krankenhäuser. Als Zielmarke strebte der Gesetzgeber bei der Einführung der dualen Finanzierung im Jahr 1972 einen Fördermittelanteil von 25% bezogen auf die Betriebskosten an. 1991 flossen zum Beispiel bundesweit 3,6 Milliarden € öffentliche Fördermittel. Bei einem damaligen Gesamtumsatz der Krankenhäuser von rund 36 Milliarden € entsprachen sie 10% des Umsatzes. Dieser hohe Wert sollte in den darauffolgenden Jahren nicht mehr erreicht werden. Vielmehr sank er bundesweit weitgehend kontinuierlich bis zuletzt auf 3,4% im Jahr 2018 (Schaubild 13). Dem Investitionsbedarf der Krankenhäuser kommen die Länder nicht mehr in ausreichendem Maße nach, was auf Dauer die Unternehmenssubstanz gefährden kann.

In Mecklenburg-Vorpommern lag der Anteil der KHG-Fördermittel am Umsatz in den 1990er Jahren weit über 10% des Umsatzes mit einem Maximum von 22% direkt nach der Wende im Jahr 1991. Bis 2013 fiel er zumindest im Bundesvergleich überdurchschnittlich aus und fiel danach darunter bis auf niedrige 2,8% im Jahr 2018. Wichtiger Grund für die hohen Werte bis in die frühen 2000er Jahre war die Sonderförderung nach dem Gesundheitsstrukturgesetz (GSG). Wir gehen davon aus, dass der nötige Investitionsbedarf für ein Krankenhaus mindestens bei 7%, idealerweise bei 8% vom Umsatz liegen sollte, um das bestehende Sachanlagevermögen langfristig erhalten zu können. In Mecklenburg-Vorpommern fielen die KHG-Fördermittel erstmals im Jahr 2005 unter die Marke von 8% des Krankenhausumsatzes. Setzt man einen Zielwert von 7,5% an, wären für Mecklenburg-Vorpommern jährliche Fördermittel in Höhe von etwa 135 Mio. € notwendig. Derzeit beträgt das Volumen etwa 50 Mio. € (2018).

Schaubild 13

KHG-Investitionsmittel als Anteil am Krankenhausumsatz

1991 bis 2018, Anteil in %



Anmerkung: Ohne Universitätskliniken; 1995-2004: Gesundheitsstrukturgesetz (GSG), gemeinsame Investitionsförderung von Bund, Ländern und Kassen.

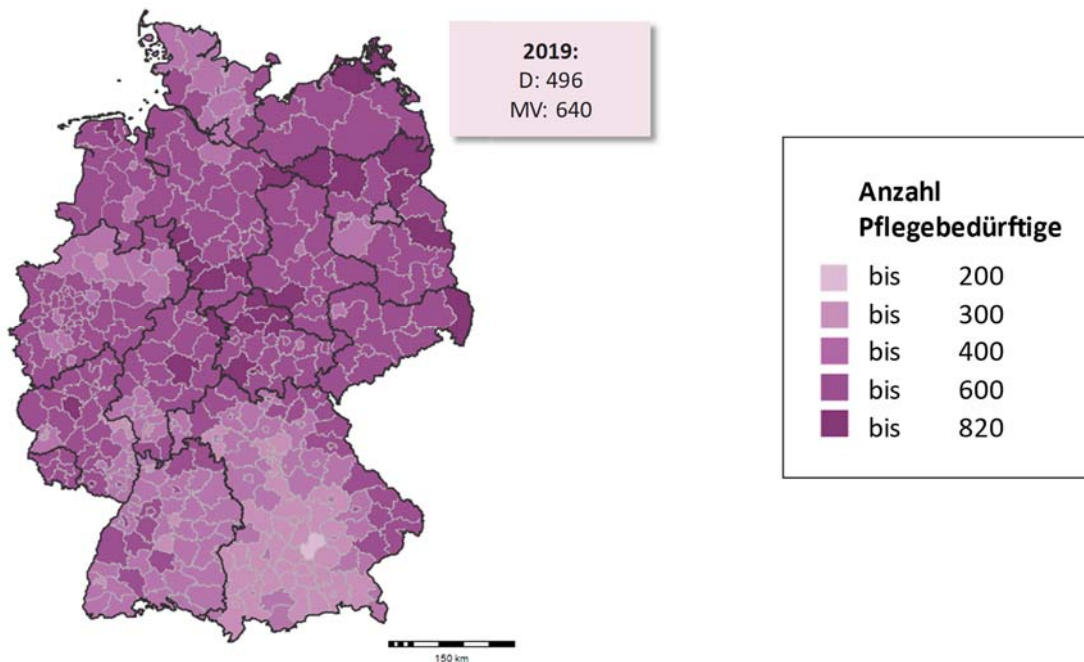
Quelle: Augurzky et al. (2020); RWI (2017), eigene Darstellung.

3.4. Altenhilfe

Die regionale Verteilung der Pflegebedürftigen in Deutschland variiert zwischen den Ländern erheblich (Karte 10). Am wenigsten Pflegebedürftige gibt es in Süddeutschland, Schleswig-Holstein und vereinzelt in Westdeutschland. Im Jahr 2019 waren es bundesweit 496 Pflegebedürftige je 10.000 Einwohner, in Mecklenburg-Vorpommern waren es mit 640 rund 30% mehr. Diese höhere Zahl lässt sich durch die ältere Bevölkerung im Land erklären.

Karte 10

Pflegebedürftige pro 10.000 Einwohner 2017

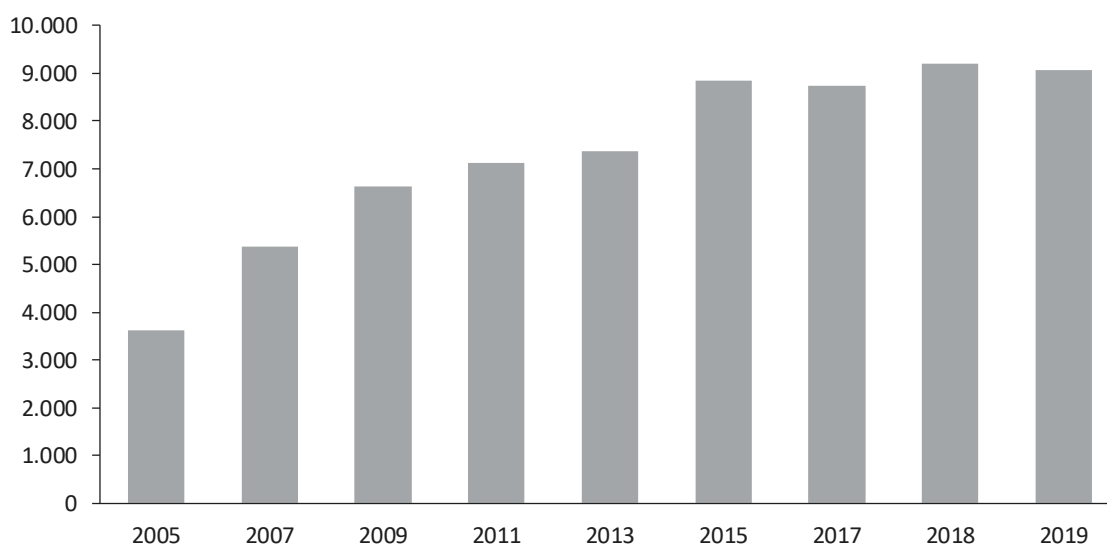


Quelle: INKAR (2019); Statistisches Bundesamt (2020b), eigene Darstellung.

In einer älter werdenden Bevölkerung gibt es auch immer mehr Überweisungen aus Krankenhäusern direkt in ein Pflegeheim. In Mecklenburg-Vorpommern stieg die Zahl von etwa 3.600 Personen im Jahr 2005 auf fast 8.900 bis 2015 und blieb seitdem konstant bei etwa 9.000 Überweisungen jährlich (Schaubild 14).

Schaubild 14

Überweisungen aus Krankenhäusern in ein Pflegeheim 2005 bis 2019

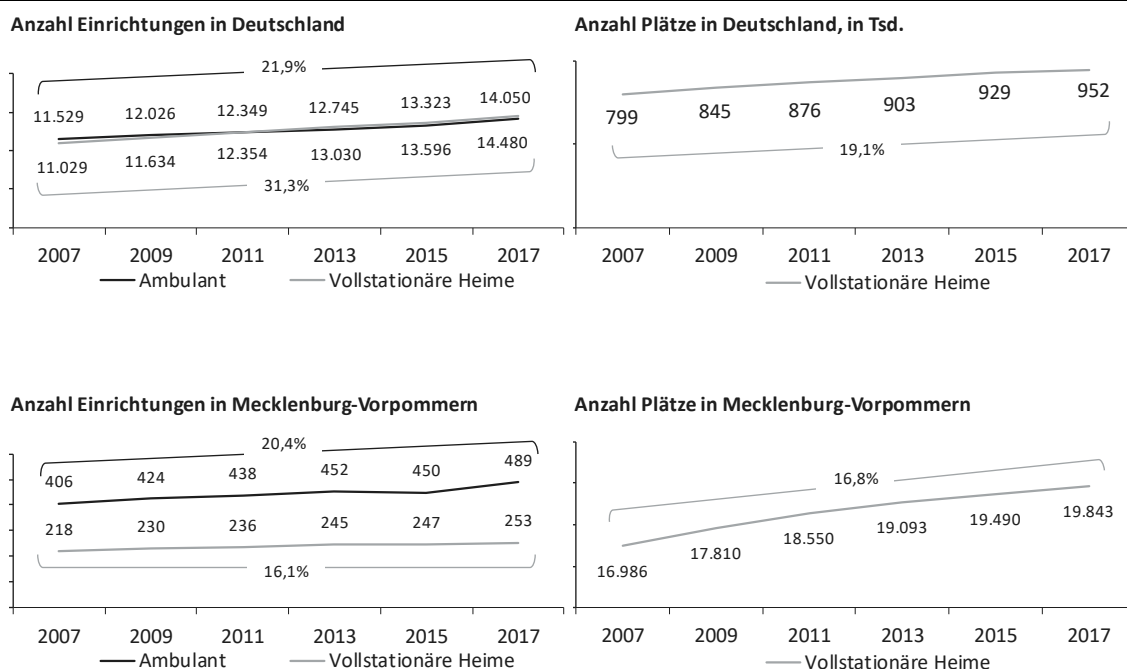


Quelle: Heger et al. (2019), eigene Darstellung.

Bundesweit ist die Zahl der ambulanten Dienste und vollstationären Heime von 2007 bis 2017 spürbar gestiegen (Schaubild 15). Während die Zahl der vollstationären Heime um 31% zunahm, verzeichneten die ambulanten Dienste im gleichen Zeitraum einen Zuwachs von 22%. Diese Wachstumsraten lagen damit über denen aus Mecklenburg-Vorpommern (ambulant: +20%; stationär: +16%). Auch die Zahl der Pflegeheimplätze ist deutschlandweit um 19% und in Mecklenburg-Vorpommern um 17% gestiegen. In Bezug auf das Pflegepersonal weist Mecklenburg-Vorpommern mit 0,21 Pflegevollkräften je Heimbewohner im Vergleich zu den anderen Ländern einen unterdurchschnittlichen Wert auf (Schaubild 16). Bei den Pflegehilfskräften und den anderen Vollkräften zeichnet sich ein ähnliches Bild.

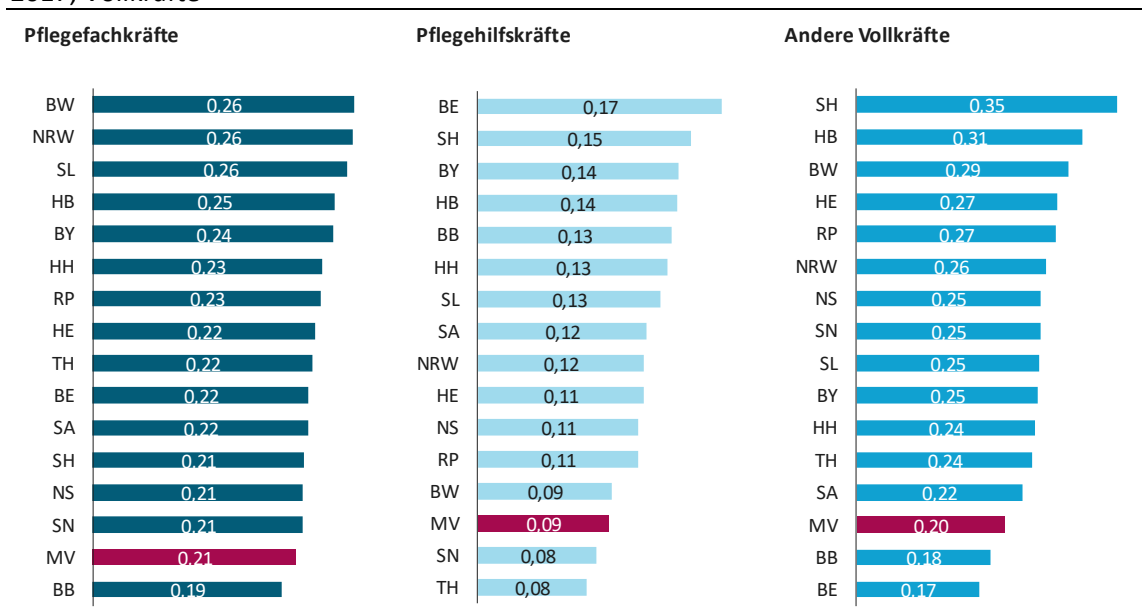
Schaubild 15

Anzahl und Plätze in ambulanten Diensten und vollstationären Heimen 2007 bis 2017



Quelle: Statistisches Bundesamt (2015a, 2018a); eigene Darstellung.

Schaubild 16
Personal¹⁰ je Bewohner in Pflegeheimen
 2017, Vollkräfte



Quelle: FDZ der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder, Statistisches Bundesamt (2018c); eigene Darstellung.

3.5. Versorgungsstrukturen der Regionen („Steckbriefe“)

Die Krankenhauslandschaft Mecklenburg-Vorpommerns ist von vier großen und geografisch gut verteilten stationären Zentren geprägt, jeweils ein Zentrum im Norden, Osten, Süden und Westen (Tabelle 2). Nach Anzahl der stationären Fälle sind diese Zentren in absteigender Reihenfolge das Helios Klinikum Schwerin, die Standorte der Universitätsmedizin in Rostock und in Greifswald sowie das Dietrich-Bonhoeffer-Klinikum in Neubrandenburg. Die weiteren 36 stationären Standorte sind von mittlerer oder kleiner Größe.

Knapp mehr als die Hälfte der Krankenhäuser und Fachkliniken befinden sich in privater Trägerschaft (52,5%), sie betreiben auch die meisten Betten (49,5%). Während freigemeinnützige Träger im Vergleich zu öffentlich-rechtlichen Trägern mehr Standorte vorhalten (fgn: 30,0%, ö: 17,5%), verfügen letztere über insgesamt mehr Betten (fgn: 20,6%, ö: 29,9%). Mit den Standorten der Universitätsmedizin in Greifswald und in Rostock befinden sich zwei der vier großen Zentren in öffentlich-rechtlicher Trägerschaft.

¹⁰ *Pflegefachkräfte umfassen staatlich anerkannte/-r Altenpfleger/-in, Gesundheits- und Krankenpfleger/-in, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in, Heilerziehungspfleger/-in und Heilerzieher/-in, Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung an einer Fachhochschule oder Universität. Pflegehilfskräfte umfassen staatlich anerkannte/-r Altenpflegehelfer/-in, Krankenpflegehelfer/-in, Heilerziehungspflegehelfer/-in, Familienpfleger/-in mit staatlichem Abschluss, Dorfhelfer/-in mit staatlichem Abschluss, sonstiger pflegerischer Beruf. Andere Vollkräfte umfassen Heilpädagogin, Heilpädagoge, Ergotherapeut/-in, Physiotherapeut/-in (Krankengymnast/-in), sonstige Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe, Sozialpädagogischer/sozialarbeiterischer Berufsabschluss, Fachhauswirtschafter/-in für ältere Menschen, sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss, sonstiger Berufsabschluss, ohne Berufsabschluss, Auszubildende/-r, (Um-)Schüler/-in.*

Tabelle 2

Krankenhäuser und Fachkliniken nach Kreisen

Kreis	Krankenhäuser	Trägerart	Ort	Fälle ⁽¹⁾	Betten ⁽²⁾
Rostock	KMG Güstrow	p	Güstrow	20.724	405
	Krankenhaus Bad Doberan Hohenfelde	p	Hohenfelde	6.656	134
	DRK Teterow	fgn	Teterow	5.003	95
	Warnow Bützow	fgn	Bützow	3.174	71
Ludwigslust-Parchim	Helene von Bülow Hagenow	fgn	Hagenow	8.933	165
	AKG Parchim	p	Parchim	7.683	135
	Helene von Bülow Ludwigslust	fgn	Ludwigslust	6.762	160
	MediClin Plau am See	p	Plau am See	5.930	192
	Krankenhaus am Crivitzer See	ö	Crivitz	4.146	80
	KMG Klinik Boizenburg	p	Boizenburg	2.361	48
Mecklenburgische Seenplatte	Dietrich-Bonhoeffer Standort: Neubrandenburg	fgn	Neubrandenburg	32.648	746
	MediClin Müritz Waren/Müritz	p	Waren/Müritz	10.762	203
	KKH Demmin	ö	Demmin	9.529	193
	DRK Mecklenburg-Strelitz	fgn	Neustrelitz	6.652	164
	Dietrich-Bonhoeffer Standort: Malchin	fgn	Malchin	3.587	100
	Dietrich-Bonhoeffer Standort: Altentreptow	fgn	Altentreptow	3.014	100
Nordwestmecklenburg	Sana Hanse Wismar	p	Wismar	18.402	407
	DRK Grevesmühlen	fgn	Grevesmühlen	5.123	122
Rostock (Stadt)	Universitätsmedizin Rostock	ö	Rostock	41.930	1.050
	Klinikum Südstadt Rostock	ö	Rostock	25.662	464
Schwerin (Stadt)	HELIOS Schwerin	p	Schwerin	50.100	1.039
Vorpommern-Greifswald	Universitätsmedizin Greifswald	ö	Greifswald	36.200	936
	Asklepios Pasewalk	p	Pasewalk	11.899	274
	AMEOS Ueckermünde	p	Ueckermünde	7.194	223
	KKH Wolgast	ö	Wolgast	7.035	155
	AMEOS Anklam	p	Anklam	5.370	101
Vorpommern-Rügen	HELIOS Hansekl. Stralsund	p	Stralsund	21.798	467
	Sana Rügen	p	Bergen auf Rügen	11.183	206
	Bodden Ribnitz-Damgarten	ö	Ribnitz-Damgarten	7.160	154
	DRK Grimmen Süderholz	fgn	Süderholz	5.681	106
				392.301	8.695
Kreis	Fachkliniken	Trägerart	Ort	Fälle ⁽¹⁾	Betten ⁽²⁾
Rostock	Fachklinik Waldeck Schwaan	p	Schwaan	380	56
Ludwigslust-Parchim	HELIOS Leezen	p	Leezen	1.305	180
Mecklenburgische Seenplatte	Amsee Waren	p	Waren	3.026	50
	MediClin Müritz Röbel/Müritz	p	Röbel/Müritz	1.096	103
Schwerin (Stadt)	HELIOS Schwerin - Psychiatrie	p	Schwerin	4.031	334
Vorpommern-Greifswald	Klinikum Karlsburg	p	Karlsburg	8.554	236
	Ev. Krankenhaus Bethanien Greifswald	fgn	Greifswald	3.056	194
	BDH Greifswald	fgn	Greifswald	1.021	66
	Short Care Greifswald	p	Greifswald	669	13
Vorpommern-Rügen	HELIOS Hansekl. Stralsund -West	p	Stralsund	2.733	210
				25.871	1.442

(1) Anzahl stationärer Fälle gem. G-BA (2020)

(2) Anzahl Betten (som. und psy. zusammen) gem. Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit des Landes Mecklenburg-Vorpommern (2020)

Anmerkung: Trägerart: p=privat, ö=öffentlich, fgn=freigemeinnützig, Träger Stand Feb 2021

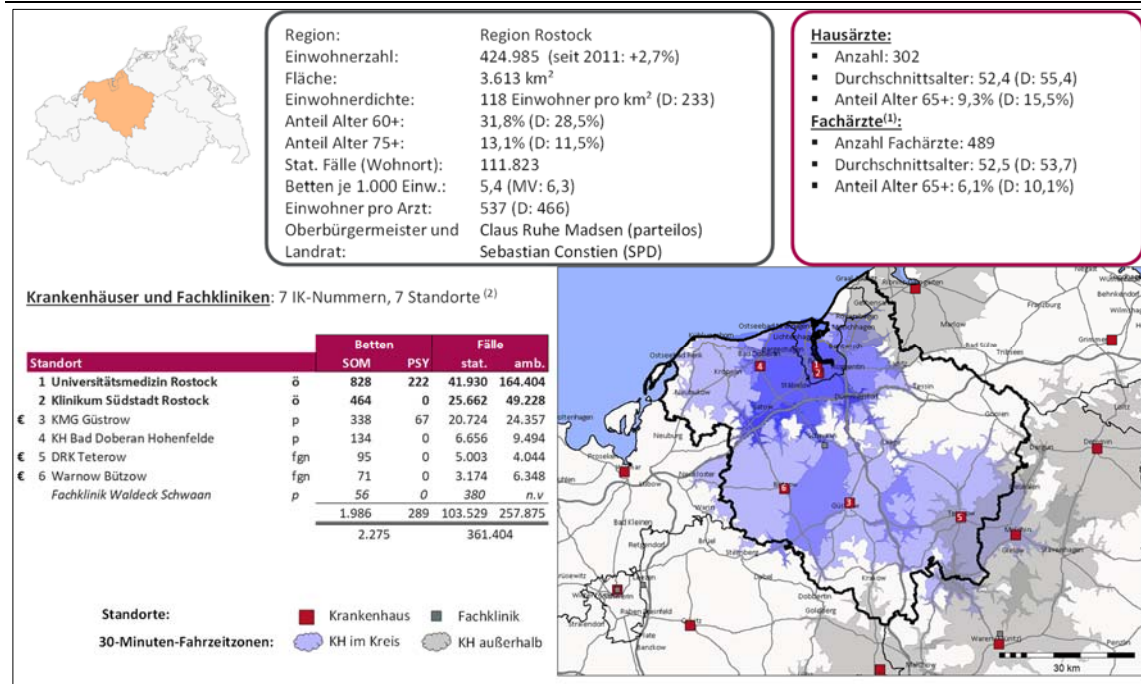
Quelle: G-BA (2020), Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit des Landes Mecklenburg-Vorpommern (2020); eigene Analysen.

Für eine differenziertere Analyse der Krankenhausversorgung in Mecklenburg-Vorpommern werden die vier Regionen Rostock, Westmecklenburg, Vorpommern und Mecklenburgische Seenplatte im Detail betrachtet.

Region Rostock. In der Region Rostock gibt es sieben Standorte, darunter eine Fachklinik, unterschiedlicher Träger, von denen drei Krankenhäuser Sicherstellungszuschläge erhalten (Schaubild 17). Die Region wird durch die 30-Minuten-Fahrzeitzonen der sieben Standorte größtenteils abgedeckt, der östliche Teil ist jedoch nicht gut erschlossen (Karte 11). Mit der Universitätsmedizin Rostock und dem Klinikum Südstadt Rostock befinden sich zwei große Versorger mit mehr als 400 somatischen Betten in der Region, die in räumlicher Nähe zueinander in der Stadt Rostock liegen und somit primär den Norden der Region abdecken (Karte 12). Eine weitere größere Klinik, KMG Güstrow, findet sich im Landkreis.

Schaubild 17

Steckbrief Region Rostock 2021



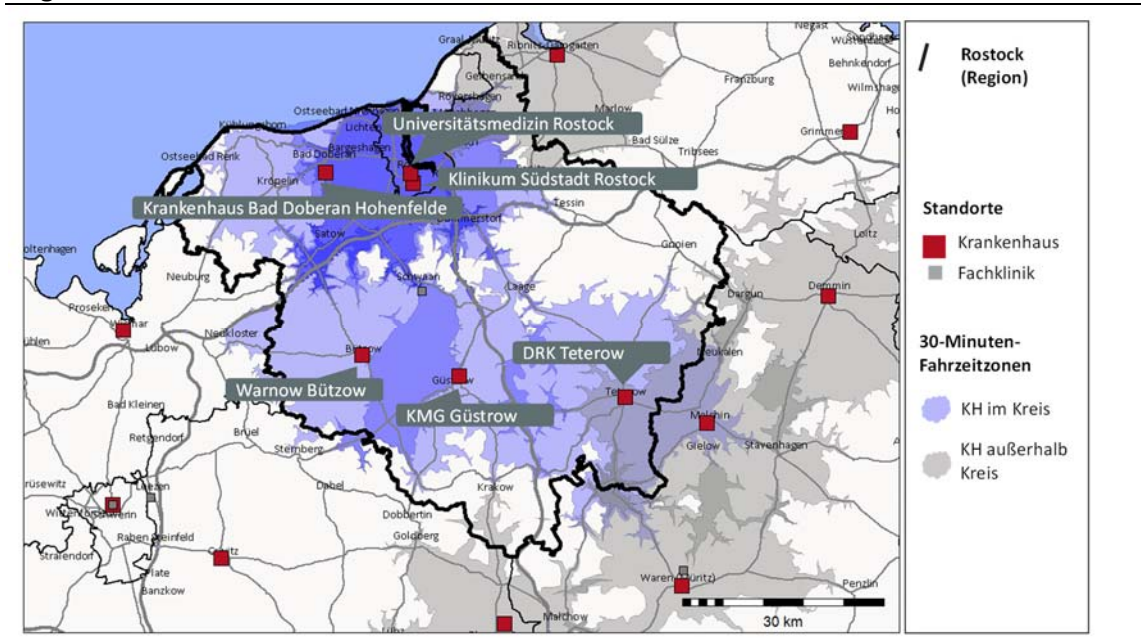
(1) exkl. Hausärzte und inkl. ärztliche Psychotherapeuten

(2) KH mit mehr als 400 Betten (somatisch) sind fett hinterlegt, Fachkliniken kursiv, Kliniken mit Sicherstellungszuschlägen sind mit € markiert

Quelle: Statistisches Bundesamt (2021b), Landesamt für innere Verwaltung des Landes Mecklenburg-Vorpommern (2021), Betten: Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit des Landes Mecklenburg-Vorpommern (2020), Fallzahl: G-BA (2020), KBV (2020b), eigene Darstellung.

Karte 11

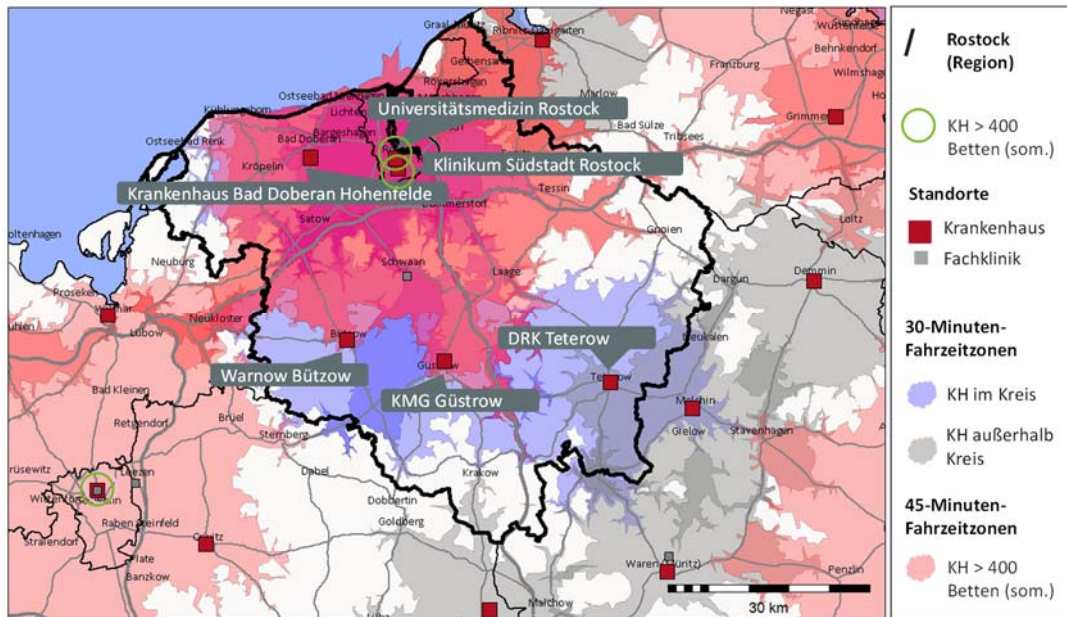
Region Rostock



Quelle: G-BA (2020), eigene Darstellung.

Karte 12

Große Versorger in der Region Rostock

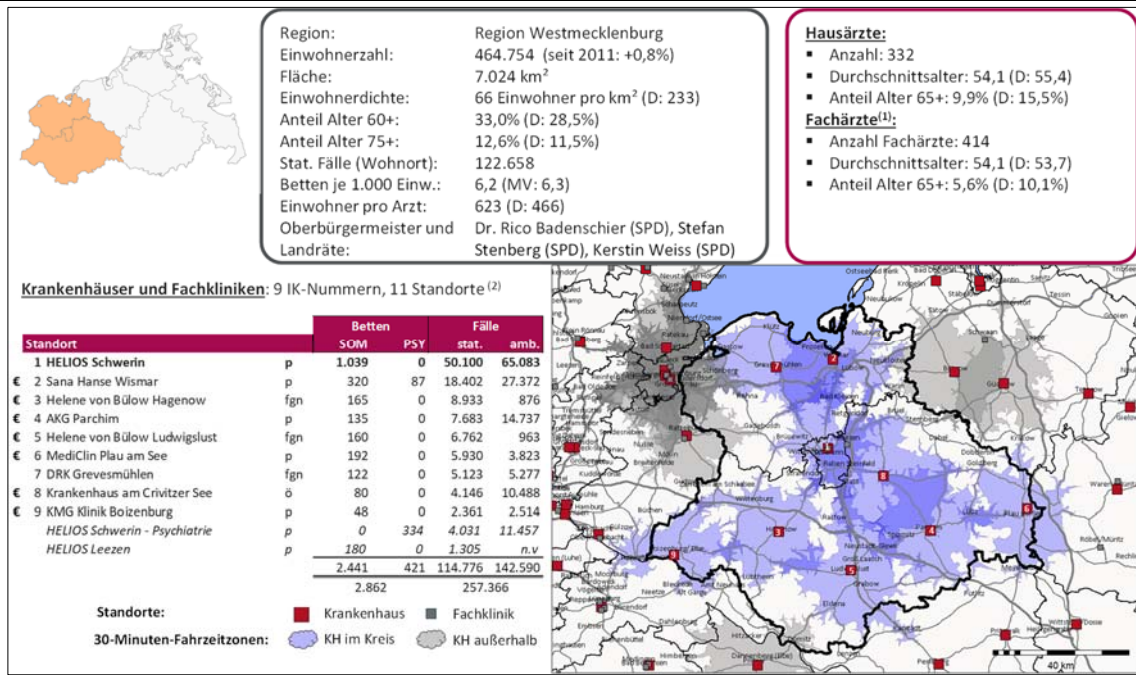


Quelle: G-BA (2020), eigene Darstellung.

Region Westmecklenburg. Die Region Westmecklenburg umfasst zwei Landkreise und die kreisfreie Stadt Schwerin. Sie ist vor Vorpommern knapp die einwohnerstärkste Region Mecklenburg-Vorpommerns. Anders als in der Region Rostock sind hier zwei der neun Träger mit jeweils zwei Standorten vertreten. Sieben der neun Krankenhäuser erhalten einen Sicherstellungszuschlag (Schaubild 18). Die insgesamt elf Standorte decken die Region größtenteils ab, von einem größeren Gebiet im Westen aus lässt sich jedoch nicht in 30 Minuten ein Krankenhaus erreichen (Karte 13). Das Helios Klinikum Schwerin als Maximalversorger deckt das Zentrum der Region, jedoch nicht die Randgebiete bei einer Fahrzeit von 45 Minuten ab (Karte 14).

Schaubild 18

Steckbrief Region Westmecklenburg



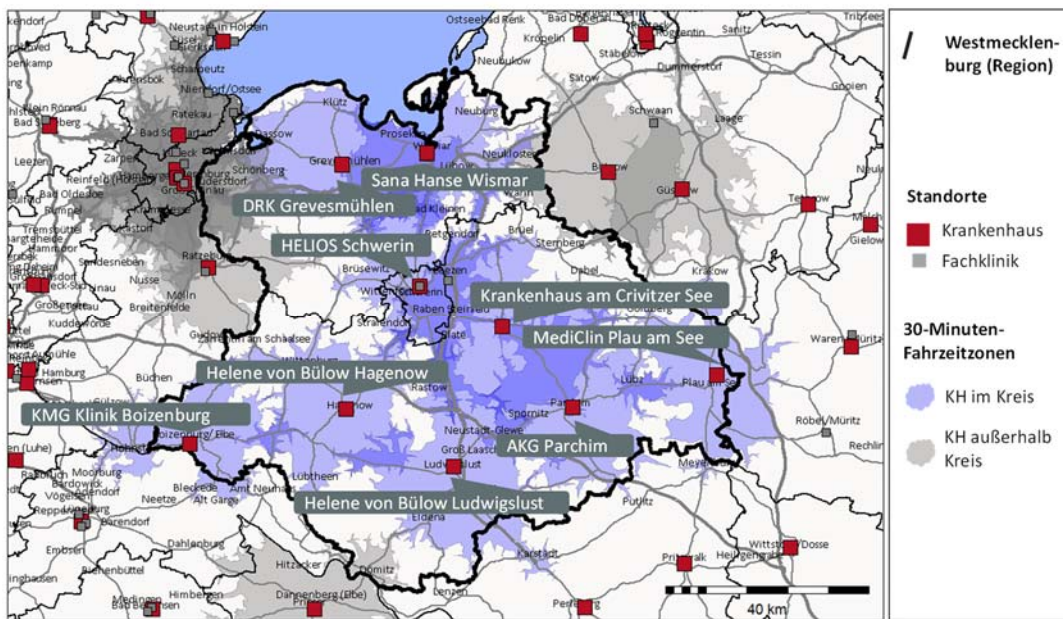
(1) exkl. Hausärzte und inkl. ärztliche Psychotherapeuten

(2) KH mit mehr als 400 Betten (somatisch) sind fett hinterlegt, Fachkliniken kursiv, Kliniken mit Sicherstellungszuschlägen sind mit € markiert.

Quelle: Statistisches Bundesamt (2021b), Landesamt für innere Verwaltung des Landes Mecklenburg-Vorpommern (2021), Betten: Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit des Landes Mecklenburg-Vorpommern (2020), Fallzahl: G-BA (2020), KBV (2020b), eigene Darstellung.

Karte 13

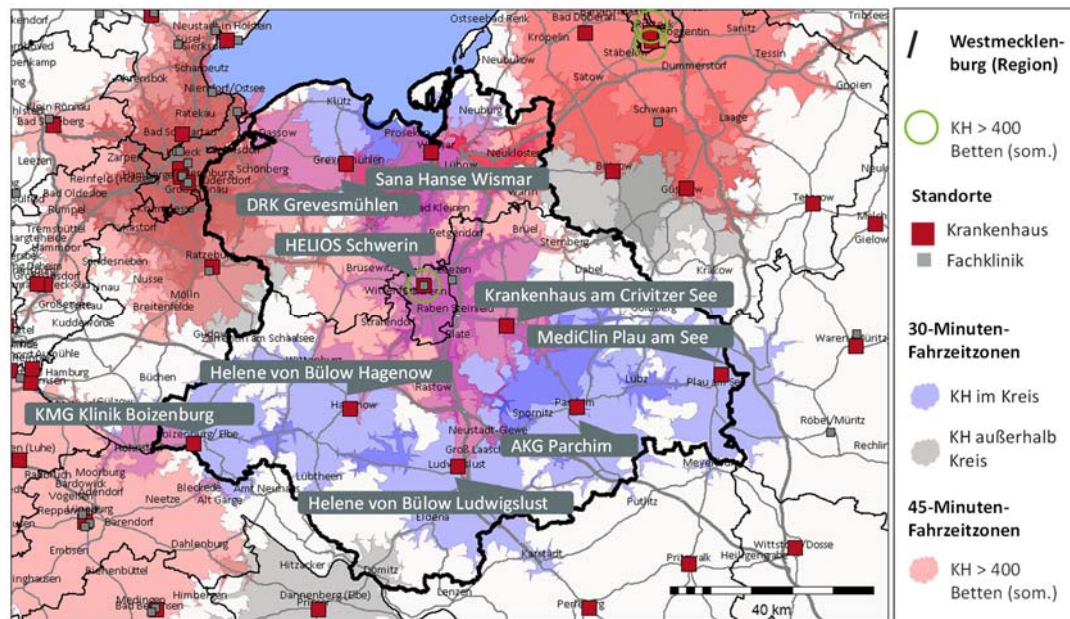
Region Westmecklenburg



Quelle: G-BA (2020), eigene Darstellung.

Karte 14

Große Versorger in der Region Westmecklenburg



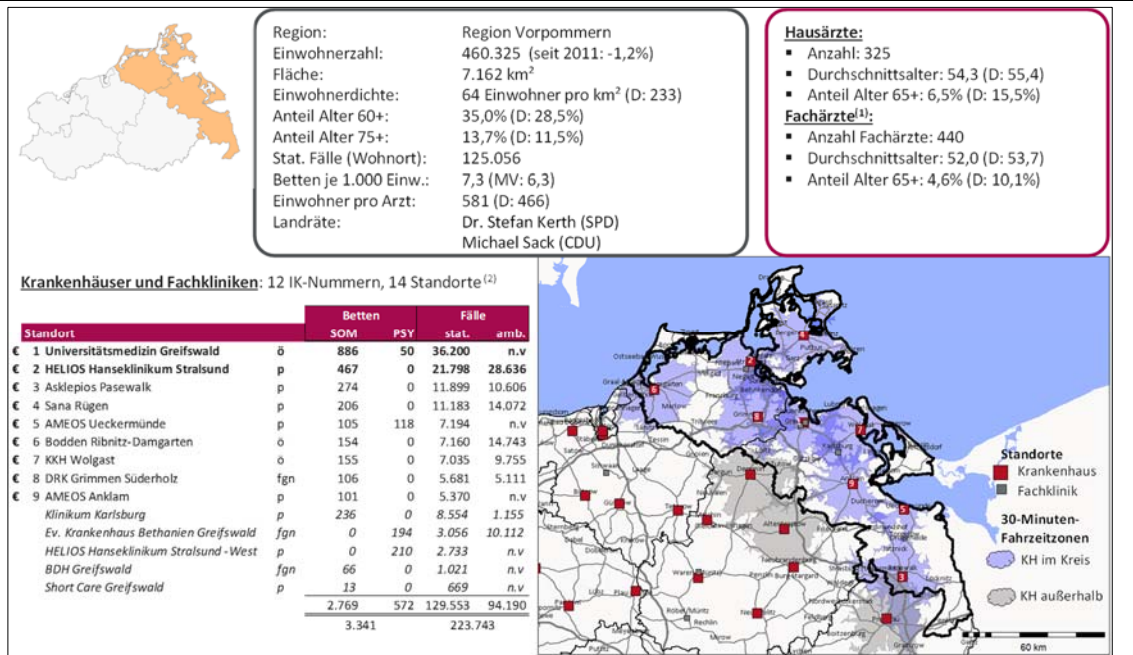
Quelle: G-BA (2020), eigene Darstellung.

Region Vorpommern. In der Region Vorpommern sind die Hälfte der zehn Fachkliniken Mecklenburg-Vorpommerns verortet und außerdem die meisten Krankenhausstandorte mit einem Sicherstellungszuschlag. Alle neun Krankenhäuser, einschließlich der Universitätsmedizin Greifswald, erhalten diese finanzielle Unterstützung (Schaubild 19). Die Grundversorgung der Region wird bis auf einzelne Gebiete im nördlichen Zentrum und an der Grenze zu Polen gut durch die Standorte abgedeckt (Karte 15). Die Universitätsmedizin Greifswald und das Helios Klinikum Stralsund erschließen als große Versorger mit mehr als 400 somatischen Betten den nördlichen Teil der Region Vorpommerns, der Süden wird jedoch nicht in 45 Minuten erreicht (Karte 16).

Große Versorger können zudem als wichtige Kooperationspartner für kleine Kliniken dienen, wie das Beispiel der Universitätsmedizin Greifswald (UMG) und des Kreiskrankenhaus Wolgast (KKH Wolgast) zeigt. So übernimmt die UMG zusammen mit Tochterunternehmen zahlreiche Dienstleistungen, wie beispielsweise das Krankenhausmanagement, die EDV, Finanzen und Controlling, Apotheke sowie das Labor für das KKH Wolgast. Auch an die Einkaufsgemeinschaft der UMG ist das KKH Wolgast angeschlossen und profitiert von den übertragenen Mengenrabatten. Die outgesourcten Leistungen an die UMG betragen im Jahr 2019 rund 6% der Gesamtkosten des KKH Wolgast (Fleßa 2020). Die Ausweitung der Kooperation auf medizinische Themen würde eine weitere Entwicklungsmöglichkeit bieten.

Schaubild 19

Steckbrief Region Vorpommern



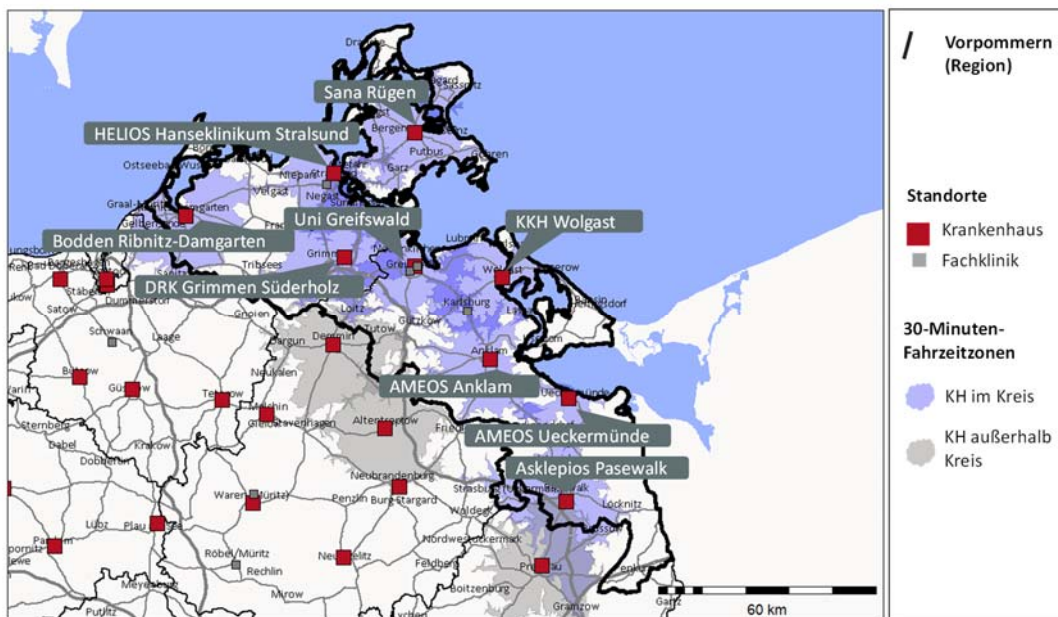
(1) exkl. Hausärzte und inkl. ärztliche Psychotherapeuten

(2) KH mit mehr als 400 Betten (somatisch) sind fett hinterlegt, Fachkliniken kursiv, Kliniken mit Sicherstellungszuschlägen sind mit € markiert.

Quelle: Statistisches Bundesamt (2021b), Landesamt für innere Verwaltung des Landes Mecklenburg-Vorpommern (2021), Betten: Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit des Landes Mecklenburg-Vorpommern (2020), Fallzahl: G-BA (2020), KBV (2020b), eigene Darstellung.

Karte 15

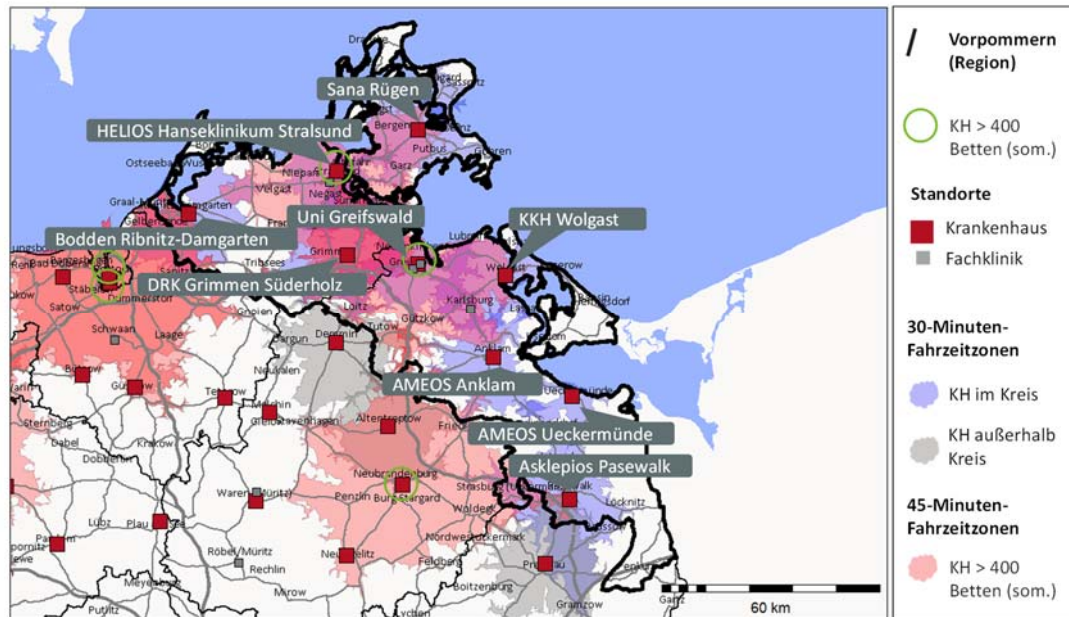
Region Vorpommern



Quelle: G-BA (2020), eigene Darstellung.

Karte 16

Große Versorger in der Region Vorpommern

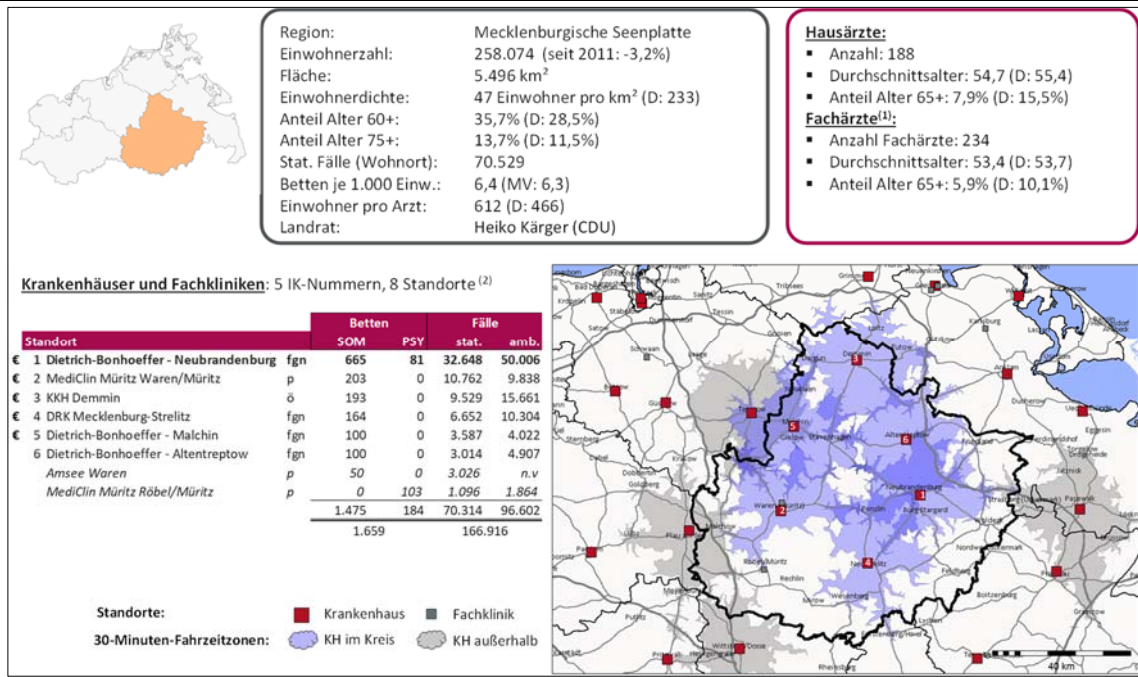


Quelle: G-BA (2020), eigene Darstellung.

Region Mecklenburgische Seenplatte. Die Mecklenburgische Seenplatte ist als Landkreis und Region die bevölkerungsärmste mit der geringsten Bevölkerungsdichte und dem stärksten Rückgang der Einwohnerzahl im Vergleich zu 2011. Die Hälfte der insgesamt acht stationären Standorte sind von kleiner Größe, fünf Krankenhäuser erhalten Sicherstellungszuschläge (Schaubild 20). Das Dietrich-Bonhoeffer-Klinikum ist mit drei Krankenhausstandorten vertreten. Das Krankenhaus in Neubrandenburg erschließt als einziger großer Versorger der Region lediglich den östlichen Teil (Karte 18), die Grundversorgung der Region wird bis auf Randgebiete im Osten und Süden hingegen gut abgedeckt (Karte 17).

Schaubild 20

Steckbrief Region Mecklenburgische Seenplatte



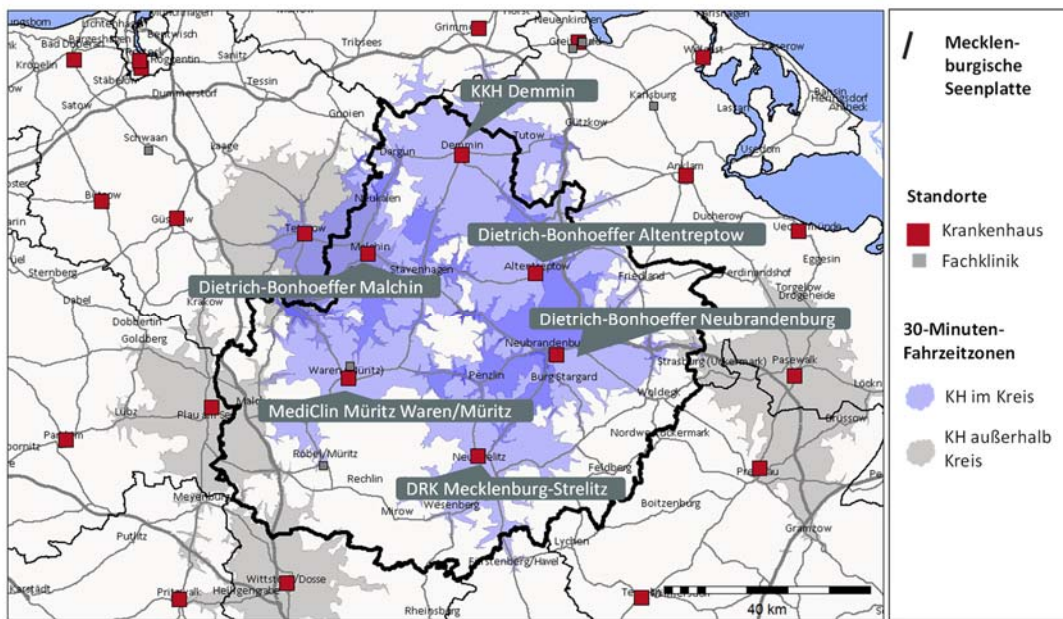
(1) exkl. Hausärzte und inkl. ärztliche Psychotherapeuten

(2) KH mit mehr als 400 Betten (sوماتisch) sind fett hinterlegt, Fachkliniken kursiv, Kliniken mit Sicherstellungszuschlägen sind mit € markiert

Quelle: Statistisches Bundesamt (2021b), Landesamt für innere Verwaltung des Landes Mecklenburg-Vorpommern (2021), Betten: Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit des Landes Mecklenburg-Vorpommern (2020), Fallzahl: G-BA (2020), KBV (2020b), eigene Darstellung.

Karte 17

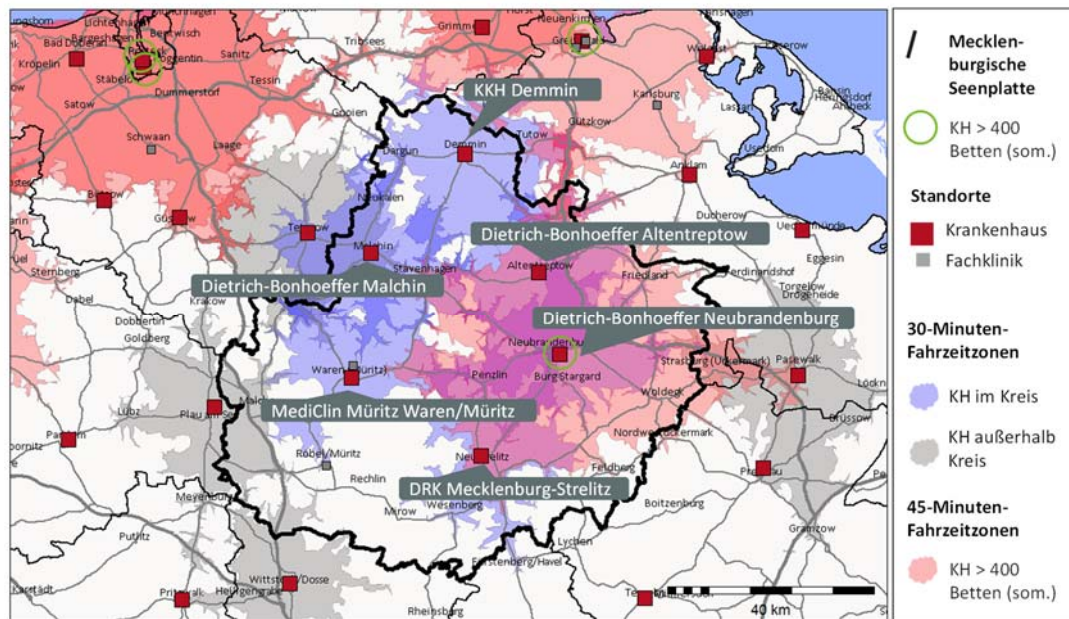
Region Mecklenburgische Seenplatte



Quelle: G-BA (2020), eigene Darstellung.

Karte 18

Großer Versorger in der Region Mecklenburgische Seenplatte



Quelle: G-BA (2020), eigene Darstellung.

4. Ausblick

4.1. Bevölkerung und Fachkräfte

Ausgangspunkt für den aktuellen Bevölkerungsstand bis 2019 ist die Regionalstatistik des Statistischen Bundesamtes (Statistisches Bundesamt 2021b). Für die Fortschreibung greifen wir auf die Bevölkerungsprognose des RWI (FDZ Ruhr am RWI 2017) zurück. Sie kommt bis 2030 auf eine Bevölkerungszahl in Mecklenburg-Vorpommern von 1,55 Mio. Einwohnern. Dieser Wert liegt leicht unter der 14. Koordinierten Bevölkerungsvorausrechnung (Variante 2) des Statistischen Bundesamtes (2019) mit 1,56 bis 1,57 Mio. sowie der Bevölkerungsprognose des Energieministeriums des Landes Mecklenburg-Vorpommern (2019) mit 1,58 Mio. Um eine Vergleichbarkeit über die Länder konsistent mit der gleichen Methodik gewährleisten zu können, wird im Folgenden durchgehend auf die RWI-Bevölkerungsprognose (FDZ Ruhr am RWI 2017) zurückgegriffen. Sollte eine der anderen Bevölkerungsprognosen zu völlig anderen Aussagen kommen, weisen wir darauf hin.

Von 2019 bis 2030 wird die Bevölkerung in Deutschland voraussichtlich um 0,5% zurückgehen, in Mecklenburg-Vorpommern sogar voraussichtlich um 3,3% (Tabelle 3)¹¹. Im Vergleich zu den anderen Ländern in Ostdeutschland fällt der Bevölkerungsrückgang in Mecklenburg-Vorpommern trotzdem geringer aus. Das Durchschnittsalter in Mecklenburg-Vorpommern dürfte bis 2030 um 3,5% steigen, vergleichbar mit dem bundesweiten Anstieg (+3,4%). Jedoch startet Mecklenburg-Vorpommern 2019 bereits mit einem um zwei Jahre höheren Durchschnittsalter.

¹¹ Das Energieministerium des Landes Mecklenburg-Vorpommern (2019) rechnet indessen zwischen 2019 bis 2030 mit einem Bevölkerungsrückgang von 1,8% im eigenen Bundesland. Die Abweichungen beider Prognosen können aufgrund unterschiedlicher Annahmen zur Fortschreibung und unterschiedlichen Methoden zustande kommen. Sie ändern jedoch nichts am grundsätzlichen Befund, dass mit einer Schrumpfung zu rechnen ist.

Auffällig ist, dass in den beiden kreisfreien Städten die Bevölkerung jünger ist als in den übrigen Kreisen.

Tabelle 3

Prognose der Bevölkerungsstruktur in Mecklenburg-Vorpommern 2019 bis 2030

	Bevölkerung in 1.000 Einwohner			Durchschnittsalter		
	2019	2030	2019-2030	2019	2030	2019-2030
Sachsen-Anhalt	2.195	2.096	-4,5%	47,0	48,3	2,8%
Brandenburg	2.522	2.419	-4,1%	46,4	48,2	3,9%
Sachsen	4.072	3.910	-4,0%	46,1	47,2	2,4%
Thüringen	2.133	2.052	-3,8%	46,4	47,9	3,2%
Mecklenburg-Vorpommern	1.608	1.554	-3,3%	46,1	47,7	3,5%
Saarland	987	966	-2,1%	45,6	46,8	2,6%
Schleswig-Holstein	2.904	2.862	-1,5%	44,6	46,0	3,1%
Niedersachsen	7.994	7.934	-0,7%	44,0	45,5	3,2%
Rheinland-Pfalz	4.094	4.070	-0,6%	44,2	45,6	3,2%
Deutschland	83.167	82.734	-0,5%	43,9	45,4	3,4%
Nordrhein-Westfalen	17.947	17.932	-0,1%	43,7	45,1	3,4%
Hessen	6.288	6.293	0,1%	43,5	45,1	3,8%
Bayern	13.125	13.182	0,4%	43,3	44,9	3,8%
Bremen	681	684	0,4%	43,5	44,7	2,7%
Baden-Württemberg	11.100	11.170	0,6%	43,0	44,6	3,7%
Berlin	3.669	3.736	1,8%	42,3	44,1	4,2%
Hamburg	1.847	1.888	2,2%	41,9	43,6	4,1%
Vorpommern-Rügen	225	214	-4,9%	47,1	48,7	3,5%
Mecklenburgische Seenplatte	258	247	-4,5%	46,8	48,6	3,8%
Rostock	216	207	-4,1%	46,3	48,7	5,0%
Ludwigslust-Parchim	212	203	-3,9%	46,3	48,6	4,9%
Schwerin (Stadt)	96	92	-3,4%	45,9	46,9	2,2%
Mecklenburg-Vorpommern	1.608	1.554	-3,3%	46,1	47,7	3,5%
Nordwestmecklenburg	157	153	-3,0%	45,5	47,5	4,4%
Vorpommern-Greifswald	236	229	-2,8%	46,0	47,3	2,8%
Rostock (Stadt)	209	210	0,3%	44,0	44,5	1,1%

Anmerkung: Die Bevölkerungsprognose des Ministeriums für Energie, Infrastruktur und Digitalisierung des Landes Mecklenburg-Vorpommern weicht für 2019-2030 mit -1,8% für Mecklenburg-Vorpommern ab. Auf Kreisebene variiert die Bevölkerungsprognose in Mecklenburg-Vorpommern für 2019-2030 zwischen -6,0% und 2,6%.

Quelle: FDZ Ruhr am RWI (2017), eigene Darstellung.

Innerhalb Mecklenburg-Vorpommerns verläuft die Bevölkerungsentwicklung heterogen. Bis auf die Stadt Rostock ist in allen Kreisen mit einem Rückgang der Bevölkerungszahl zu rechnen, der in der Intensität unterschiedlich hoch ausfällt. Eine Differenzierung für die Kreise nach Altersklassen in Tabelle 4 zeigt, dass die Zahl der Menschen über 64 Jahre in den beiden kreisfreien Städten bis 2030 nur mit 9,9% (Rostock) bzw. mit +11,7% (Schwerin) wächst. Am stärksten wird ihre Zahl in Ludwigslust-Parchim (+33,6%) und im Landkreis Rostock (+32,7%) zunehmen.

Tabelle 4

Prognose der Bevölkerungsstruktur nach Altersklassen in Mecklenburg-Vorpommern 2019 bis 2030, Änderungsraten in %

	<20	20-64	>62	gesamt
Vorpommern-Rügen	-2,3	-17,5	23,0	-4,9
Mecklenburgische Seenplatte	-3,2	-18,0	27,6	-4,5
Rostock	-9,9	-16,7	32,7	-4,1
Ludwigslust-Parchim	-7,0	-17,3	33,6	-3,9
Schwerin (Stadt)	6,5	-12,9	11,7	-3,4
Mecklenburg-Vorpommern	1,2	-15,8	24,8	-3,3
Nordwestmecklenburg	-4,4	-14,0	27,0	-3,0
Vorpommern-Greifswald	6,2	-16,5	25,5	-2,8
Deutschland	2,7	-8,8	20,3	-0,5
Rostock (Stadt)	27,1	-10,6	9,9	0,3

Anmerkung: Die Bevölkerungsprognose des Ministeriums für Energie, Infrastruktur und Digitalisierung des Landes Mecklenburg-Vorpommern weicht für 2019-2030 mit -1,8% für Mecklenburg-Vorpommern ab. Für die Altersgruppen errechnete das Ministerium in seiner Bevölkerungsprognose für Mecklenburg-Vorpommern folgende Werte: +1,8% bei den <20-Jährigen, -14,5% der 20-64-Jährigen und +22,5% der >64-Jährigen.

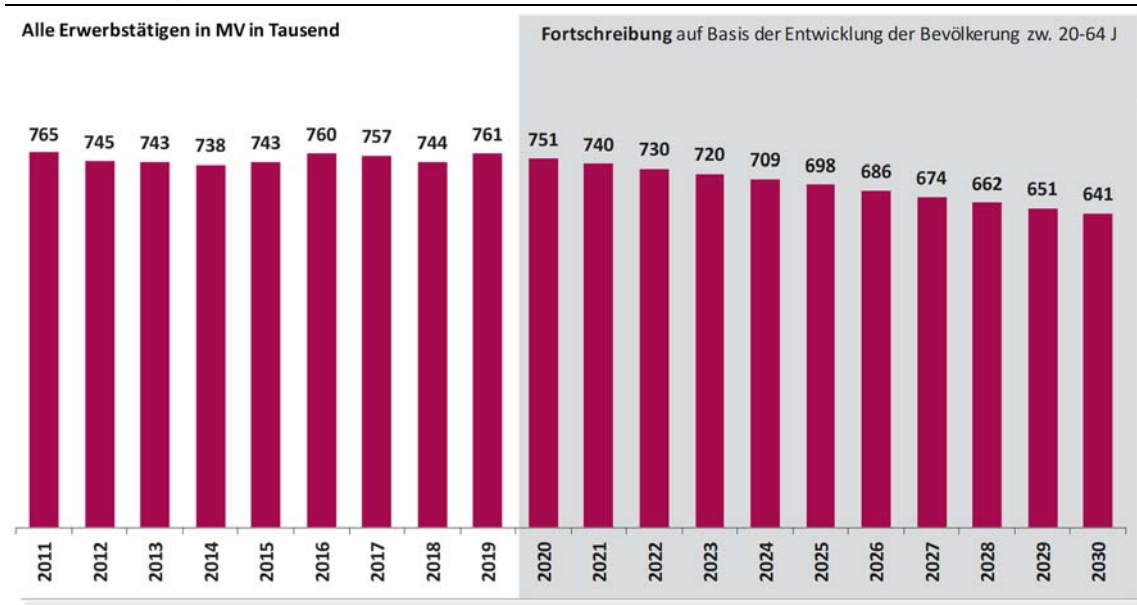
Quelle: FDZ Ruhr am RWI (2017), eigene Darstellung.

Besonders zur Mitte der 2020er, wenn die ersten geburtenstarken Jahrgänge aus dem Erwerbsleben ausscheiden, wird das Erwerbstätigenpotenzial spürbar zurückgehen. Schaubild 21 zeigt die prognostizierte Veränderung der Zahl der Erwerbstätigen in Mecklenburg-Vorpommern, wenn nur davon ausgegangen wird, dass die Erwerbstätigenquoten je Alter und Geschlecht konstant auf dem Wert von 2019 bleiben. Von 2011 bis 2019 schwankte die Anzahl der Erwerbstätigen zwischen 738.000 und 765.000. Ab 2020 rechnen wir jedoch mit einem kontinuierlichen Rückgang auf rund 640.000 Erwerbstätige im Jahr 2030. Der Wettbewerb um Fachkräfte dürfte daher in allen Wirtschaftsbranchen, darunter dem Gesundheitswesen, stark zunehmen.

Schaubild 21

Anzahl Erwerbstätiger in Mecklenburg-Vorpommern

2011 bis 2030, in Tsd.



Quelle: Statistisches Bundesamt (2020a), FDZ Ruhr am RWI (2017), eigene Darstellung.

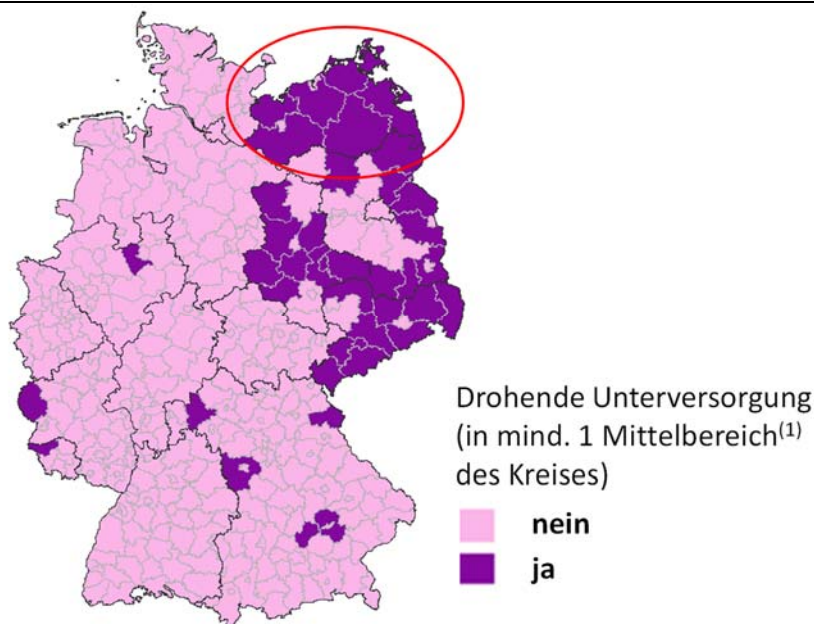
4.2. Versorgungsbedarfe

4.2.1 Vertragsärztliche Versorgung

Bedingt durch den demografischen Wandel und die alternde Bevölkerung, wird erwartet, dass die Nachfrage nach ambulanten Leistungen bis 2030 moderat ansteigen, die Anzahl der Ärzte jedoch abnehmen wird (KBV 2021b). Dies betrifft insbesondere die Hausärzte. Karte 19 gibt einen Überblick, in welchen Landkreisen Deutschlands eine drohende Unterversorgung mit Hausärzten zu erwarten ist. Bis auf die beiden kreisfreien Städte Rostock und Schwerin, werden vermutlich alle Landkreise in Mecklenburg-Vorpommern betroffen sein. Nach Aussagen einiger Interviewpartner und -partnerinnen wird es insbesondere für niedergelassene Ärzte im hausärztlichen Bereich immer schwieriger, einen Nachfolger für ihre Praxis zu finden. Nach Angaben der KBV (2021b) lassen sich immer weniger Vertragsärzte in ländlichen Gebieten nieder. Als Gründe werden u.a. die zunehmende Bürokratisierung, Budgetierung sowie die schwache Infrastruktur auf dem Land genannt. In einigen Regionen könnten Krankenhäuser die wachsenden ambulanten Versorgungslücken schließen. Denkbar wäre u.a. eine belegärztliche Versorgung in Kombination mit MVZ, Ermächtigungen, krankenhauseigene MVZ sowie eine Neuordnung der Versorgung bei neuen Vergütungsmodellen. Kapitel 7 geht darauf vertieft ein.

Karte 19

Drohende Unterversorgung bei Hausärzten, 2018

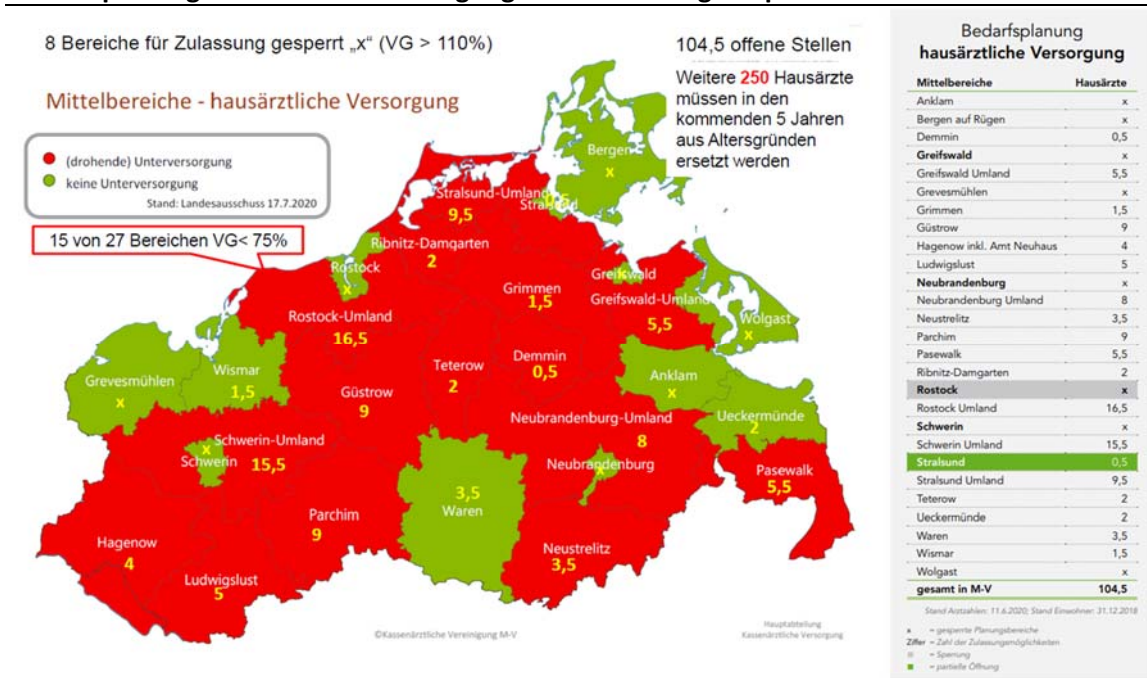


Quelle: Eigene Analysen, KBV (2020c): ambulante Bedarfsplanung.

Laut Bedarfsplanung der hausärztlichen Versorgung für die Mittelbereiche in Mecklenburg-Vorpommern (Stand Juni 2020) sind derzeit bereits 104,5 Stellen nicht besetzt. Acht von 27 Mittelbereichen weisen einen Versorgungsgrad von >110% aus und sind daher für weitere Zulassungen gesperrt. 15 von 27 Mittelbereichen weisen hingegen bereits aktuell einen Versorgungsgrad von <75% auf und sind von einer drohenden Unterversorgung betroffen (Karte 20). Dieses Bild wird sich in naher Zukunft wahrscheinlich weiter verschärfen, denn in den nächsten fünf Jahren werden weitere 250 Hausärzte altersbedingt ausscheiden.

Karte 20

Bedarfsplanung hausärztliche Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern



Anmerkung: gelbe Ziffern = offene Stellen; auf der Karte gem. Bedarfsplanung der hausärztlichen Versorgung Stand 11.06.2020 leicht angepasst; eigene Darstellung.

Quelle: KVMV (2020a): Journal September 2020, KVMV (2020b): Karte im Rahmen der Enquête-Kommission.

4.2.2 Krankenhausversorgung

Auf Grundlage der lokalen Bevölkerungsstruktur¹² und durchschnittlicher Hospitalisierungsraten nach Altersklassen, Geschlecht¹³ und Diagnosegruppe lässt sich die zu erwartende stationäre Fallzahl einer Region auf Diagnoseebene ableiten. Mit der Bevölkerungsvorberechnung¹⁴ lassen sich damit auch die Fallzahlen auf Diagnoseebene bis zum Jahr 2030 prognostizieren. Für die Prognose berücksichtigen wir fallzahlreduzierend zusätzlich die mögliche Ambulantisierung¹⁵. Im Ergebnis liegen die erwarteten Fallzahlen aggregiert für die Planungsregionen vor, die in Krankheitsbildern sowie in Fachabteilungsclustern zusammengefasst werden. In Kombination mit diagnosespezifischen Verweildauern lässt sich der Bettenbedarf für die Regionen ableiten. Kalkuliert wird mit einer Zielauslastung von 85%¹⁶ und einer durchschnittlichen Verweildauer je Diagnose¹⁷, für die wir einen Rückgang von -0,28% p.a.¹⁸ annehmen. Pendelströme von Patienten über Bundeslandgrenzen hinweg bleiben unberücksichtigt. Im Folgenden werden die Ergebnisse für die Planungsregionen zusammenfassend dargestellt.

¹² FDZ Ruhr am RWI (2017).

¹³ Statistisches Bundesamt (2018d).

¹⁴ FDZ Ruhr am RWI (2017).

¹⁵ Datenanalysen hcb.

¹⁶ Für alle Fachabteilungen identisch angesetzt; ggf. sind 85% jedoch zu hoch, weil am Wochenende kein Normalbetrieb herrscht und somit kein großer Puffer vorhanden ist; der Krankenhausplan weist für einige Fachabteilungen auch niedrigere und höhere Zielauslastungen aus.

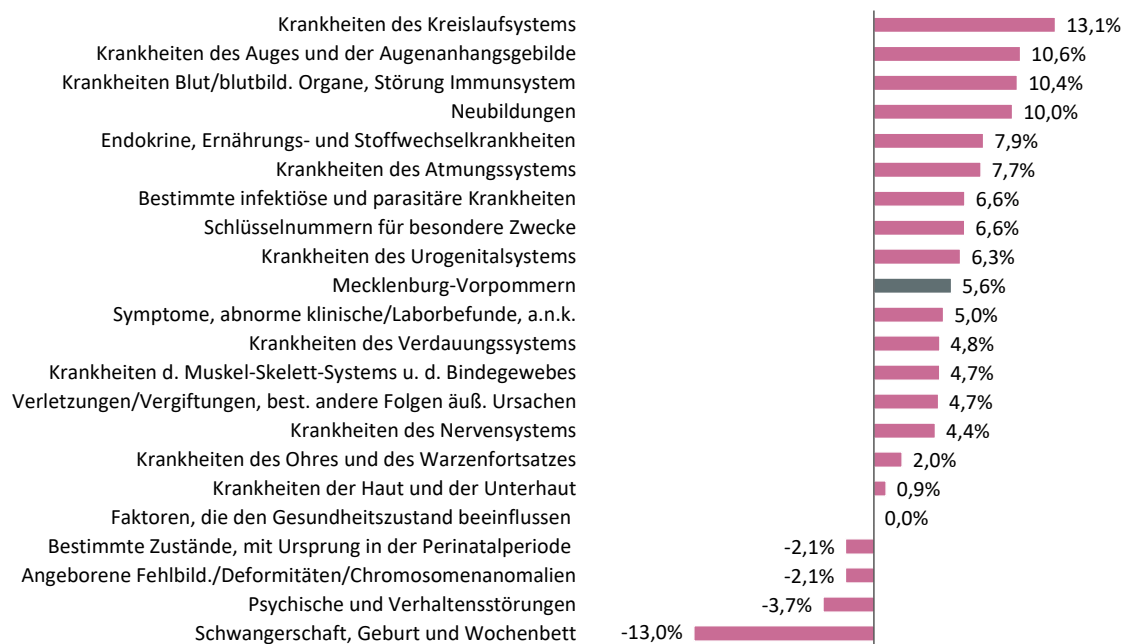
¹⁷ Statistisches Bundesamt (2020c).

¹⁸ Ermittlung anhand vergangener Verweildauerentwicklungen aus tiefgegliederten Diagnosedaten 2018-2019.

Innerhalb der Diagnosegruppen erwarten wir aufgrund der Bevölkerungsentwicklung in vielen Bereichen steigende Fallzahlen (Schaubild 22). Berücksichtigen wir darüber hinaus das ambulante Potenzial, gehen wir dagegen nur bei wenigen Diagnosegruppen von einer Fallzahlsteigerung aus (Schaubild 23).

Schaubild 22

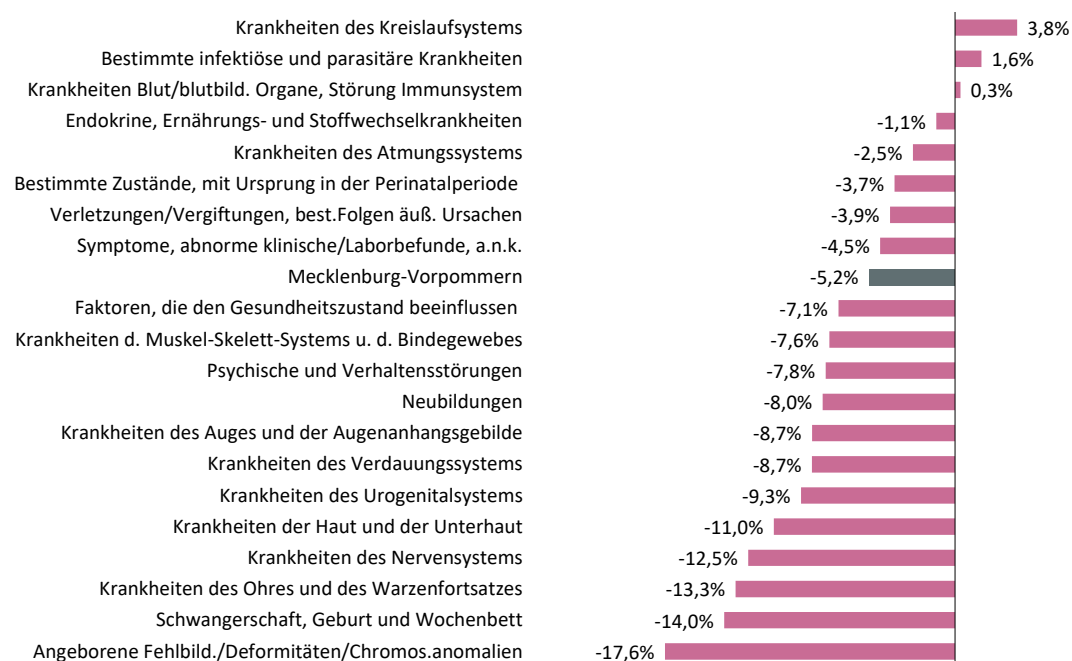
Erwartete Fallzahlveränderung (nur Demografie) je Diagnosegruppe bis 2030



Quelle: FDZ Ruhr am RWI 2017 Statistisches Bundesamt (2018d); eigene Analysen.

Schaubild 23

Erwartete Fallzahlveränderung (Demografie und ambulantes Potenzial) je Diagnosegruppe bis 2030

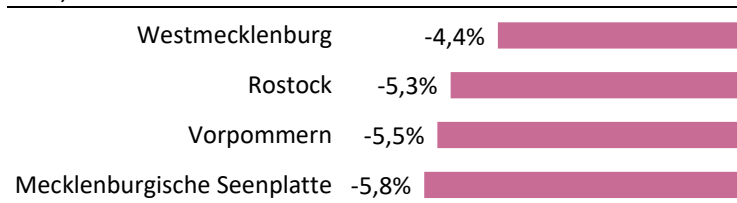


Quelle: FDZ Ruhr am RWI (2017), Statistisches Bundesamt (2018d); eigene Analysen.

Für das gesamte Bundesland Mecklenburg-Vorpommern erwarten wir daher einen Rückgang der stationären Fallzahlen bis 2030. Zwar würde die Bevölkerungsentwicklung für sich genommen zu einer Fallzahlsteigerung – je nach Region – zwischen 5,0 bis 6,4% führen. Unter Berücksichtigung des ambulanten Potenzials rechnen wir dagegen effektiv mit einem Rückgang von 4,4 bis 5,8% (Schaubild 24). Dabei ist noch nicht berücksichtigt, dass ab dem Jahr 2022 die Vorgaben für die ambulant zu erbringenden Leistungen ausgeweitet werden. Bei Zielauslastung von 85% und konstanter Verweildauer würde der Bettenbedarf bis 2030 um 8% sinken und bei rückläufiger Verweildauer um 11%. Hinsichtlich der Differenzierung nach Basis- und Spezialversorgung bleibt die Fallverteilung nahezu konstant: Auch weiterhin teilen sich die Fälle zu zwei Drittel auf die Basisversorgung und einem Drittel auf die Spezialversorgung auf.

Schaubild 24

Erwartete Fallzahlveränderung (Demografie und ambulantes Potenzial) je Region bis 2030 in %, nach Wohnort



Quelle: FDZ Ruhr am RWI 2017; Statistisches Bundesamt (2018d); eigene Analysen.

Für die Analyse nach einzelnen Fachbereichen fassen wir solche mit Überschneidungen im Leistungsspektrum zu Fachabteilungsclustern zusammen. Damit ergeben sich für die Innere Medizin vier Cluster:

- Allgemeine Innere Medizin: Innere Medizin, Gastroenterologie,
- Geriatrie,

- Kardiologie,
- spezielle internistische Fächer: Neurologie, Hämatologie und internistische Onkologie, Endokrinologie, Pneumologie, Rheumatologie, Lungen- und Bronchialheilkunde.

Innerhalb der Chirurgie setzen sich die Cluster wie folgt zusammen:

- Allgemeine Chirurgie,
- Unfallchirurgie/Orthopädie: Unfallchirurgie, Neurochirurgie, Orthopädie,
- Urologie,
- spezielle chirurgische Fächer: Gefäßchirurgie, Plastische Chirurgie, Thoraxchirurgie, Herzchirurgie gebildet.

Die Fachabteilungen für Frauen und Kinder bilden die beiden Cluster:

- Kinder: Pädiatrie, Kinderkardiologie, Neonatologie, Kinderchirurgie
- Frauenheilkunde und Geburtshilfe: Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Geburtshilfe.

Des Weiteren finden die folgenden Bereiche Berücksichtigung:

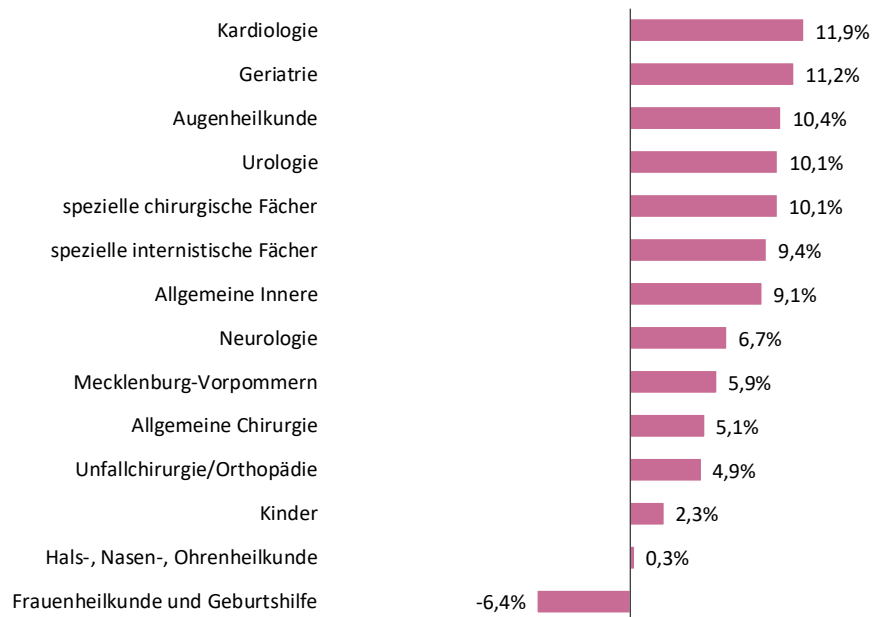
- Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde,
- Augenheilkunde,
- Neurologie.

Sofern eine hohe Übereinstimmung zwischen Krankheitsbildern und Fachabteilung besteht (Beispiel psychiatrische und psychosomatische Leistungen: Diagnosegruppe psychische und Verhaltensstörungen: -7,8%) oder Fachbereiche klein oder unspezifisch sind (Nuklearmedizin, Strahlenheilkunde, Dermatologie, Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie, Intensivmedizin, Sonstige Fachbereiche, unbekanntes Fachabteilung), werden sie nicht separat gezeigt.

Wenn wir nur die Bevölkerungsentwicklung (Demografie) berücksichtigen, würden wir für alle Fachabteilungen mit Ausnahme der Frauenheilkunde und Geburtshilfe steigende Fallzahlen erwarten (Schaubild 25). Unter Berücksichtigung der Ambulantisierung ergeben sich dagegen nur für die Geriatrie und Kardiologie steigende Fallzahlen bis 2030. Insbesondere die Frauenheilkunde und Geburtshilfe sowie die Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde sind von einem starken Fallzahlrückgang betroffen (Schaubild 26). Die jeweiligen Fallzahlveränderungen für die Regionen finden sich in Schaubild 27 bis Schaubild 30.

Schaubild 25

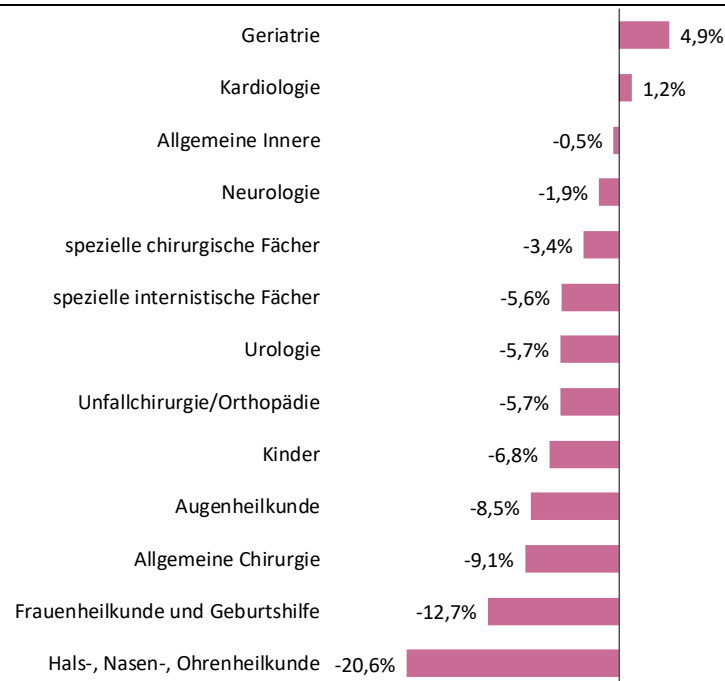
Erwartete Fallzahlveränderung (nur Demografie) je Fachabteilungscluster bis 2030



Quelle: FDZ Ruhr am RWI (2017), Statistisches Bundesamt (2018d, 2020c); eigene Analysen.

Schaubild 26

Erwartete Fallzahlveränderung (Demografie und ambulantes Potenzial) je Fachabteilungscluster bis 2030



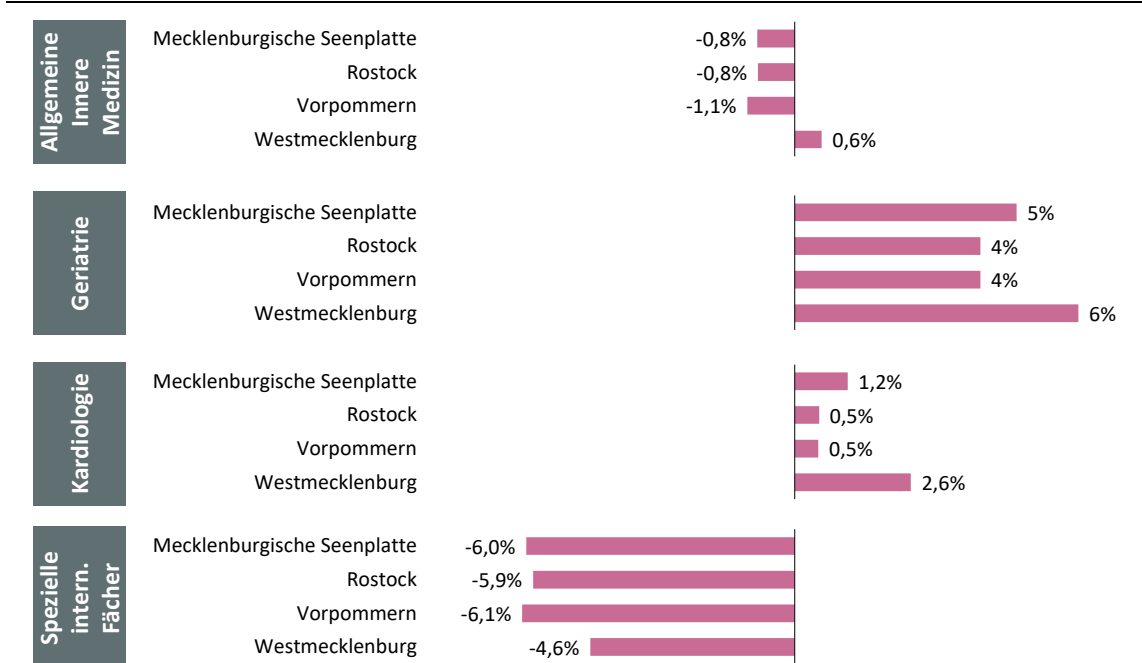
Quelle: FDZ Ruhr am RWI (2017), Statistisches Bundesamt (2018d, 2020c); eigene Analysen.

Innerhalb der internistischen Fachabteilungscluster fallen Fallzahlveränderungen in den Planungsregionen ähnlich aus. Lediglich in Westmecklenburg ist mit einem leicht zunehmenden Bedarf zu rechnen. Die klassischen altersmedizinischen Fächer wie Geriatrie und Kardiologie weisen

erwartungsgemäß überall steigende Fallzahlen auf, während für die übrigen spezialisierten internistischen Fächer deutlich Rückgänge zu erwarten sind.

Schaubild 27

Fallzahlveränderung (Demografie und ambulantes Potenzial) je Region, internistisches Cluster bis 2030

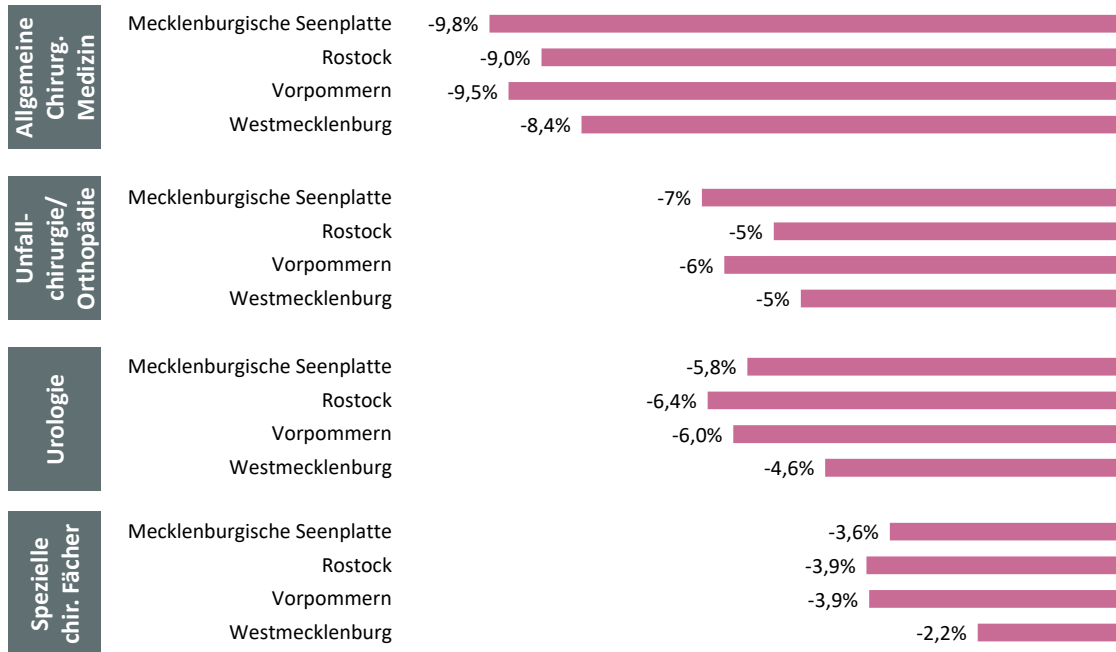


Quelle: FDZ Ruhr am RWI (2017), Statistisches Bundesamt (2018d, 2020c); eigene Analysen.

Auffällig ist, dass in allen chirurgischen Clustern der stationäre Bedarf sinkt, wobei der Rückgang in Westmecklenburg jeweils am geringsten ausfällt. Der Fallzahlrückgang im Cluster „Frauen und Kinder“ ist für die Mecklenburgische Seenplatte am stärksten ausgeprägt, in der Region Rostock fällt er am geringsten aus. Der Exkurs zur Gynäkologie und Geburtshilfe in Abschnitt 4.2.3 vertieft die Analysen dazu. Bei den Fachbereichen Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde, Augenheilkunde und Neurologie zeichnen sich für die Regionen ähnliche Dimensionen des Fallzahlrückgangs ab, wobei auch hier Westmecklenburg in der Neurologie und Augenheilkunde die geringste Reduktion aufweist.

Schaubild 28

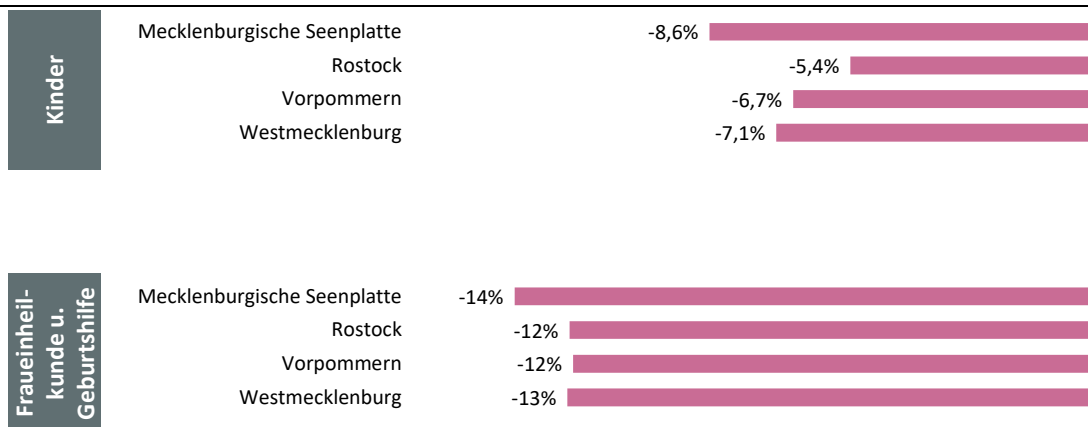
Fallzahlveränderung (Demografie und ambulantes Potenzial) je Region, chirurgisches Cluster bis 2030



Quelle: FDZ Ruhr am RWI (2017), Statistisches Bundesamt (2018d, 2020c); eigene Analysen.

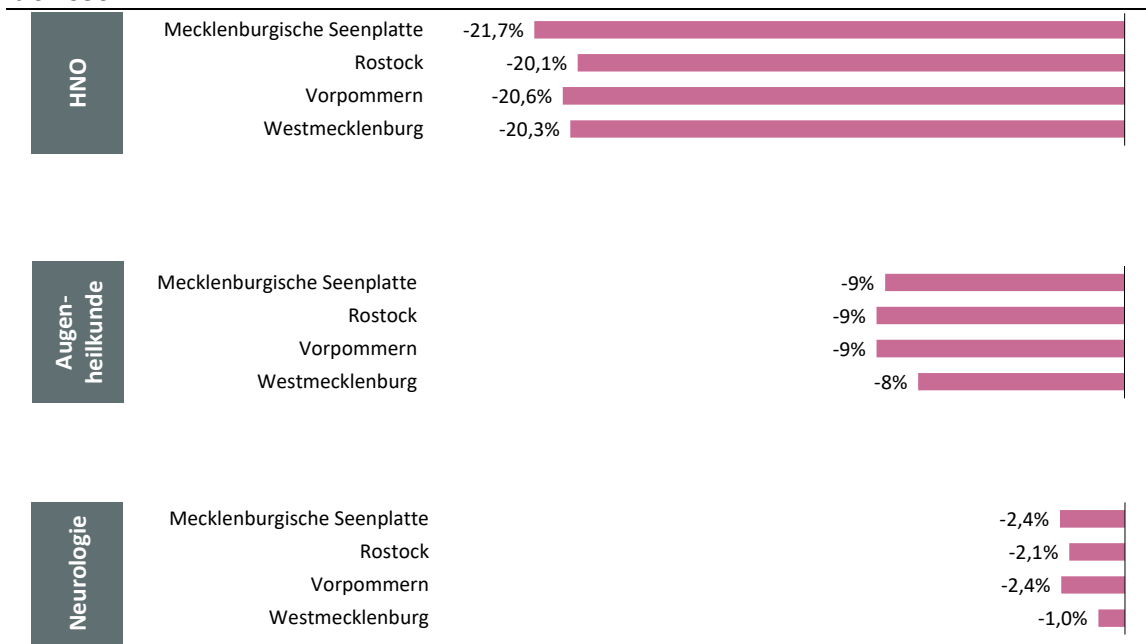
Schaubild 29

Fallzahlveränderung (Demografie und ambulantes Potenzial) je Region, Cluster Frauen und Kinder bis 2030



Quelle: FDZ Ruhr am RWI (2017), Statistisches Bundesamt (2018d, 2020c); eigene Analysen.

Schaubild 30

Fallzahlveränderung (Demografie und ambulantes Potenzial) je Region, Cluster Sonstige Fächer bis 2030


Quelle: FDZ Ruhr am RWI (2017), Statistisches Bundesamt (2018d, 2020c); eigene Analysen.

Die erwarteten Fallzahlveränderungen werden sich auch auf die erforderlichen stationären Bettenkapazitäten auswirken. Im Folgenden vergleichen wir die damit für das Jahr 2030 nötige Bettenzahl mit der für 2019 rechnerisch benötigten Bettenzahl. Erwartungsgemäß bestehen 2019 Abweichungen zum Krankenhausplan, weil wir für unsere Berechnungen den Wohnort der Patienten und nicht den Behandlungsort zugrunde legen. Im Ergebnis steigt der Bettenbedarf in der Geriatrie um 5% und in der Kardiologie um 1% (Tabelle 5). In der Allgemeinen Inneren bleibt er konstant und in den speziellen internistischen Fächern sinkt er um 6%. Im chirurgischen Cluster sinkt der Bettenbedarf in allen Segmenten (Tabelle 6). Mit -9% ist die Allgemeine Chirurgie besonders stark betroffen, die speziellen chirurgischen Fächer verzeichnen mit -3% den schwächsten Rückgang.

Tabelle 5

Bettenbedarf (Demografie und ambulantes Potenzial) je Region, internistisches Cluster bis 2030

	Belegungstage		Betten			
	2019	2030	2019	2030	Delta %	Delta
Allgemeine Innere						
Mecklenburgische Seenplatte	131.633	126.562	424	421	-1%	-4
Rostock	202.624	194.847	653	648	-1%	-5
Vorpommern	232.375	222.931	749	741	-1%	-8
Westmecklenburg	224.265	218.766	723	727	1%	4
Gesamtergebnis	790.896	763.113	2.549	2.537	0%	-13
Geriatric						
Mecklenburgische Seenplatte	20.660	21.028	67	70	5%	3
Rostock	31.754	32.070	102	107	4%	4
Vorpommern	36.507	36.869	118	123	4%	5
Westmecklenburg	34.957	36.048	113	120	6%	7
Gesamtergebnis	123.878	126.015	399	419	5%	20
Kardiologie						
Mecklenburgische Seenplatte	20.693	20.303	67	67	1%	1
Rostock	31.506	30.716	102	102	1%	1
Vorpommern	36.519	35.597	118	118	1%	1
Westmecklenburg	34.930	34.750	113	116	3%	3
Gesamtergebnis	123.648	121.367	399	403	1%	5
Spezielle intern. Fächer						
Mecklenburgische Seenplatte	17.258	15.728	56	52	-6%	-3
Rostock	26.368	24.070	85	80	-6%	-5
Vorpommern	30.386	27.666	98	92	-6%	-6
Westmecklenburg	29.403	27.206	95	90	-5%	-4
Gesamtergebnis	103.416	94.670	333	315	-6%	-19

Quelle: FDZ Ruhr am RWI (2017), Statistisches Bundesamt (2018d, 2020c, 2020d); eigene Analysen.

Tabelle 6

Bettenbedarf (Demografie und ambulantes Potenzial) je Region, chirurgisches Cluster bis 2030

	Belegungstage		Betten			
	2019	2030	2019	2030	Delta %	Delta
Allgemeine Chirurgie						
Mecklenburgische Seenplatte	59.928	52.412	193	174	-10%	-19
Rostock	92.566	81.681	298	272	-9%	-27
Vorpommern	105.655	92.709	341	308	-10%	-32
Westmecklenburg	102.815	91.346	331	304	-8%	-28
Gesamtergebnis	360.964	318.156	1.163	1.058	-9%	-106
Unfallchirurgie						
Mecklenburgische Seenplatte	42.633	38.650	137	128	-7%	-9
Rostock	65.915	60.469	212	201	-5%	-11
Vorpommern	75.046	68.287	242	227	-6%	-15
Westmecklenburg	73.146	67.401	236	224	-5%	-12
Gesamtergebnis	256.740	234.812	828	781	-6%	-47
Urologie						
Mecklenburgische Seenplatte	13.863	12.663	45	42	-6%	-3
Rostock	21.368	19.390	69	64	-6%	-4
Vorpommern	24.540	22.363	79	74	-6%	-5
Westmecklenburg	23.740	21.963	77	73	-5%	-4
Gesamtergebnis	83.511	76.379	269	254	-6%	-15
Spezielle chirurg. Fächer						
Mecklenburgische Seenplatte	15.738	14.712	51	49	-4%	-2
Rostock	23.912	22.271	77	74	-4%	-3
Vorpommern	27.740	25.847	89	86	-4%	-3
Westmecklenburg	26.696	25.311	86	84	-2%	-2
Gesamtergebnis	94.086	88.142	303	293	-3%	-10

Quelle: FDZ Ruhr am RWI (2017), Statistisches Bundesamt (2018d, 2020c, 2020d); eigene Analysen.

Tabelle 7 zeigt den stark rückläufigen Bettenbedarf in der Frauenheilkunde und Geburtshilfe (-13%) und bei „Kindern“ (-13%). Die Bettenbedarfe für die sonstigen Fächer sind in unterschiedlichem Maße rückläufig. Während die Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde einen starken Rückgang von 21% erwarten lässt, liegt der prognostizierte Bettenbedarf in der Augenheilkunde bei -9%. In der Neurologie ist der Bettenbedarf mit -2% am schwächsten ausgeprägt.

Tabelle 7

Bettenbedarf (Demografie und ambulantes Potenzial) je Region, Frauen und Kinder bis 2030

	Belegungstage		Betten			
	2019	2030	2019	2030	Delta %	Delta
Kinder						
Mecklenburgische Seenplatte	16.621	14.734	54	49	-9%	-5
Rostock	27.645	25.353	89	84	-5%	-5
Vorpommern	29.418	26.615	95	88	-7%	-6
Westmecklenburg	29.958	26.993	97	90	-7%	-7
Gesamtergebnis	103.642	93.692	334	311	-7%	-23
Frauenheilk. u. Geburtshilfe						
Mecklenburgische Seenplatte	23.047	19.262	74	64	-14%	-10
Rostock	41.312	35.051	133	117	-12%	-17
Vorpommern	42.361	35.977	137	120	-12%	-17
Westmecklenburg	42.738	36.240	138	120	-13%	-17
Gesamtergebnis	149.458	126.531	482	421	-13%	-61

Quelle: FDZ Ruhr am RWI (2017), Statistisches Bundesamt (2018d, 2020c, 2020d); eigene Analysen.

Tabelle 8

Bettenbedarf (Demografie und ambulantes Potenzial) je Region, Cluster Sonstige Fächer bis 2030

	Belegungstage		Betten			
	2019	2030	2019	2030	Delta %	Delta
HNO						
Mecklenburgische Seenplatte	7.921	6.016	26	20	-22%	-6
Rostock	12.802	9.921	41	33	-20%	-8
Vorpommern	14.044	10.809	45	36	-21%	-9
Westmecklenburg	14.030	10.836	45	36	-20%	-9
Gesamtergebnis	48.796	37.583	157	125	-21%	-32
Augenheilkunde						
Mecklenburgische Seenplatte	4.327	3.830	14	13	-9%	-1
Rostock	6.644	5.861	21	19	-9%	-2
Vorpommern	7.615	6.718	25	22	-9%	-2
Westmecklenburg	7.388	6.626	24	22	-8%	-2
Gesamtergebnis	25.975	23.035	84	77	-9%	-7
Neurologie						
Mecklenburgische Seenplatte	31.284	29.604	101	98	-2%	-2
Rostock	48.497	46.054	156	153	-2%	-3
Vorpommern	55.268	52.327	178	174	-2%	-4
Westmecklenburg	53.648	51.508	173	171	-1%	-2
Gesamtergebnis	188.697	179.495	608	597	-2%	-12

Quelle: FDZ Ruhr am RWI (2017), Statistisches Bundesamt (2018d, 2020c, 2020d); eigene Analysen.

Die in fast allen Fachabteilungsclustern zu erwartenden rückläufigen stationären Fallzahlen stellen die Krankenhausversorgung in Mecklenburg-Vorpommern vor enorme Herausforderungen. Im Ergebnis können damit Vorhaltekosten für die Krankenhausversorgung immer schlechter erwirtschaftet werden, zumal ohnehin bereits viele Krankenhausstandorte eine kleine Größe besitzen. Bei Fortschreibung des Status quo dürfte sich die wirtschaftliche Lage der Kliniken daher in den kommenden Jahren verschlechtern. Außerdem wird es schwieriger, die ärztliche Ausbildung zu organisieren, wenn die erforderliche Zahl an Eingriffen im Rahmen der Ausbildung in einer angemessenen Zeit nicht mehr zu erreichen ist. Es braucht daher neue Wege in der Krankenhausversorgung ebenso wie in der Notfallversorgung in ländlichen Gebieten. Es muss darüber nachgedacht werden, freiwerdende stationäre Kapazitäten auch zur Stabilisierung der ambulanten Versorgung zu nutzen.

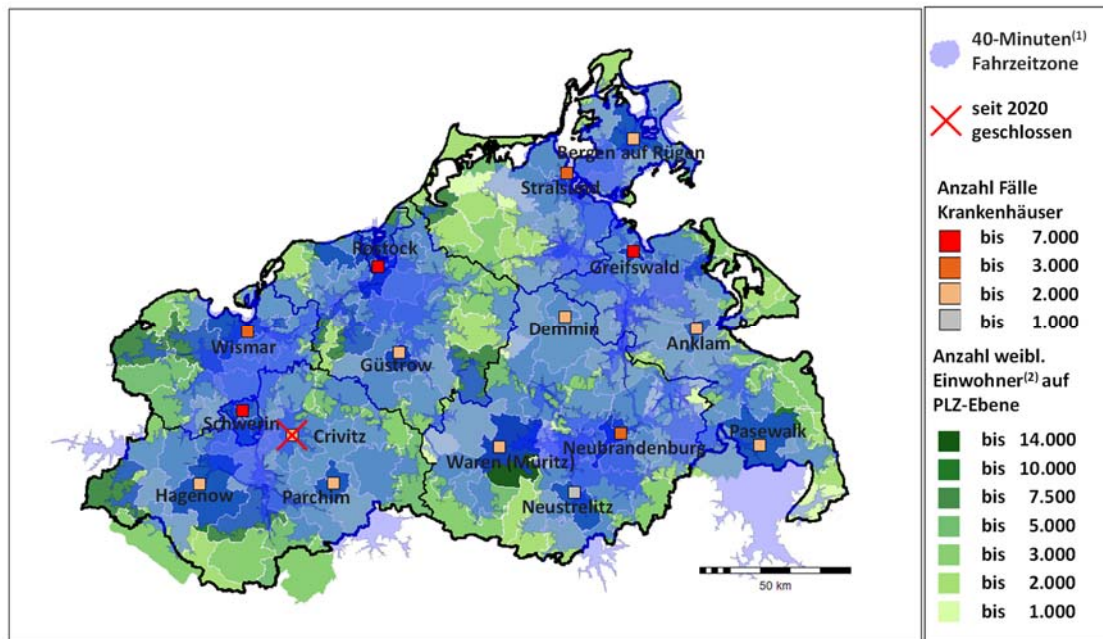
4.2.3 Exkurs: Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Vor dem Hintergrund des zu erwartenden starken Fallzahlrückgangs in der Frauenheilkunde und Geburtshilfe wird ergänzend eine Sonderanalyse zu den Standorten des Fachbereichs in Mecklenburg-Vorpommern durchgeführt. Karte 21 gibt eine Übersicht zu den Standorten, die die gynäkologische und geburtshilfliche Versorgung sicherstellen. Die rote Farbabstufung kennzeichnet die Größenklasse der Fachabteilung, während die blauen Flächen die 40-Minuten Fahrzeit-zonen um die Häuser abbilden¹⁹. Die grün gefärbten Postleitzahlgebiete stellen die Anzahl der dort lebenden weiblichen Bevölkerung über 15 Jahre dar. Die Karte zeigt eine gleichmäßige Verteilung der Standorte innerhalb des Bundeslandes und der Planungsregionen. Die 40-minütigen Fahrzeit-zonen weisen zum Teil Überschneidungen auf, deuten jedoch gleichzeitig auf (meist bevölkerungsärmere) nicht abgedeckte Gebiete hin. Eine Abteilung in Crivitz wurde im Jahr 2020 geschlossen.

¹⁹ G-BA Regelungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen

Karte 21

Krankenhausstandorte mit der Abteilung Frauenheilkunde und Geburtshilfe



(1) 40 Pkw-Fahrzeitminuten gem. G-BA Regelungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen

(2) >15 Jahre

Quelle: G-BA (2020), GfK-Bevölkerungsdaten (2020), eigene Darstellung.

Die Abteilungsgröße ist ein zentraler Bewertungsfaktor sowohl für die Versorgungsstabilität als auch für die Möglichkeit, die Vorhaltekosten erwirtschaften und ausreichend Fachkräfte akquirieren zu können (Tabelle 9). In einer Studie für die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe wurden vor einigen Jahren Versorgungstypen skizziert, die eine nachhaltige Leistungserbringung ermöglichen sollen (Augurzyk et al. 2014). In Anlehnung an diese Analysen wurden vier Typen nach Größe unterschieden, wobei die kleinen und mittelkleinen Abteilungen hinsichtlich der genannten Rahmenbedingungen kritisch zu bewerten sind. Die farbliche Kennzeichnung folgt der „Ampelsystematik“: rot ist als kritisch zu bewerten.

Tabelle 9

Größenklassen (Fallzahlen) der Kategorien innerhalb der Abteilung Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Nr.	Kategorie	klein	mittel- klein	mittel- groß	groß
1	Normale Geburten (nur Mütter)	96	284	482	871
2	Neugeborenes "normal"	123	395	638	1.278
3	"Normale" vorgeburtliche Komplikation	43	158	304	605
4	Risikogeburten (nur Mütter)	54	197	382	769
5	Neugeborenes "komplex"	15	61	100	179
6	"Schwere" vorgeburtliche Komplikation	34	90	142	275
Summe Geburtshilfe		365	1.185	2.048	3.977
7	Gutartige Neubildungen	48	122	223	354
8	Bösartige Mamma	17	74	187	432
9	Bösartige Gyn	18	62	128	283
10	Restliche Gyn inklusive Urogyn	89	248	389	621
Summe Frauenheilkunde		172	506	927	1.690
11	Rest (nicht primär Gyn/Geb)	10	29	47	107
Summe Rest		10	29	47	107
Gesamtsumme		547	1.720	3.022	5.774


Anmerkung: Zahlenbasis unter Berücksichtigung eingetretener Veränderungen im Anschluss an die Studie aktualisiert.

Quelle: Eigene Analysen.

In der Planungsregion Westmecklenburg befinden sich noch vier Standorte mit einer Abteilung für Frauenheilkunde und Geburtshilfe (Schaubild 31). Die Abteilung in Haus 5 ist seit 2020 geschlossen. Der Anteil der Geburtshilfe ist in jedem Haus deutlich größer als derjenige der Frauenheilkunde. Insgesamt weist die Region innerhalb der Kategorien, insbesondere in der Frauenheilkunde, viele kleine Standorte, jedoch kaum mittelgroße bis große Standorte auf.

Schaubild 31

Klassifizierung der Abteilungsgröße, Planungsregion Westmecklenburg

		Westmecklenburg				
		Haus 1	Haus 2	Haus 3	Haus 4	Haus 5
		klein  groß				
Nr.	Kategorie	Haus 1	Haus 2	Haus 3	Haus 4	Haus 5
1	Normale Geburten (nur Mütter)	orange	orange	orange	orange	rot
2	Neugeborenes "normal"	orange	orange	orange	orange	rot
3	"Normale" vorgeburtliche Komplikation	rot	rot	orange	orange	rot
4	Risikogeburten (nur Mütter)	orange	rot	orange	orange	rot
5	Neugeborenes "komplex"	rot	rot	rot	rot	rot
6	"Schwere" vorgeburtliche Komplikation	rot	rot	orange	orange	rot
Summe Geburtshilfe		rot	orange	orange	orange	rot
7	Gutartige Neubildungen	rot	rot	rot	orange	rot
8	Bösartige Mamma	rot	rot	orange	orange	rot
9	Bösartige Gyn	rot	rot	orange	orange	rot
10	Restliche Gyn inklusive Urogyn	rot	rot	orange	orange	rot
Summe Frauenheilkunde		rot	rot	orange	orange	rot
11	Rest (nicht primär Gyn/Geb)	rot	rot	orange	orange	rot
Summe Rest		rot	rot	orange	orange	rot
Gesamtsumme		rot	rot	orange	orange	rot
<i>Anteil Geburtshilfe</i>		85%	85%	78%	71%	77%
<i>Anteil Frauenheilkunde</i>		14%	14%	20%	28%	23%

Anmerkung: Frauenheilkunde und Geburtshilfe im Haus 5 seit 2020 geschlossen. Erwartete Fallzahlen nach Kliniktyp gemäß Studie deutlich höher, bzw. nicht mehr bei bestimmten Leistungen vorgesehen.

Quelle: G-BA (2020); eigene Analysen.

In Vorpommern zeichnet sich ein ähnliches Bild ab. Während einer der fünf Standorte in vielen Kategorien als mittelgroß einzustufen ist, weisen andere Standorte deutlich geringere Fallzahlen auf. Sowohl innerhalb der Geburtshilfe als auch innerhalb der Frauenheilkunde werden viele Kategorien in nahezu ausschließlich kleinen Fachabteilungen erbracht (Schaubild 32).

Schaubild 32


Klassifizierung der Abteilungsgröße, Planungsregion Vorpommern

		klein → ← groß				
		Vorpommern				
Nr.	Kategorie	Haus 1	Haus 2	Haus 3	Haus 4	Haus 5
1	Normale Geburten (nur Mütter)					
2	Neugeborenes "normal"					
3	"Normale" vorgeburtliche Komplikation					
4	Risikogeburten (nur Mütter)					
5	Neugeborenes "komplex"					
6	"Schwere" vorgeburtliche Komplikation					
Summe Geburtshilfe						
7	Gutartige Neubildungen					
8	Bösartige Mamma					
9	Bösartige Gyn					
10	Restliche Gyn inklusive Urogyn					
Summe Frauenheilkunde						
11	Rest (nicht primär Gyn/Geb)					
Summe Rest						
Gesamtsumme						
Anteil Geburtshilfe		75%	80%	74%	64%	66%
Anteil Frauenheilkunde		24%	20%	24%	33%	29%

Quelle: G-BA (2020); eigene Analysen.

Die Region Rostock ist mit zwei Häusern in der Frauenheilkunde und Geburtshilfe vertreten. Die Frauenheilkunde ist hauptsächlich durch einen Standort abgedeckt, während Kategorien der Geburtshilfe auch durch den zweiten Versorger mit mittleren Größenklassen bedient werden. Eines der Häuser behandelt sowohl in allen geburtshilflichen als auch gynäkologischen Bereichen so viele Fälle, dass es als groß eingestuft werden kann. Ausnahme ist die Behandlung von Neugeborenen. Während die „normalen“ Behandlungen in größeren Abteilungen des anderen Hauses erbracht werden, gelten die Fachabteilungen der gesamten Region für die komplexe Versorgung als klein (Schaubild 33).

Schaubild 33
Klassifizierung der Abteilungsgröße, Planungsregion Rostock




Nr.	Kategorie	Rostock	
		Haus 1	Haus 2
1	Normale Geburten (nur Mütter)	groß	mittelgroß
2	Neugeborenes "normal"	klein	mittelgroß
3	"Normale" vorgeburtliche Komplikation	mittelgroß	klein
4	Risikogeburten (nur Mütter)	mittelgroß	klein
5	Neugeborenes "komplex"	klein	klein
6	"Schwere" vorgeburtliche Komplikation	mittelgroß	mittelgroß
Summe Geburtshilfe		mittelgroß	mittelgroß
7	Gutartige Neubildungen	mittelgroß	klein
8	Bösartige Mamma	mittelgroß	klein
9	Bösartige Gyn	mittelgroß	klein
10	Restliche Gyn inklusive Urogyn	mittelgroß	klein
Summe Frauenheilkunde		mittelgroß	klein
11	Rest (nicht primär Gyn/Geb)	mittelgroß	mittelgroß
Summe Rest		mittelgroß	mittelgroß
Gesamtsumme		mittelgroß	mittelgroß
Anteil Geburtshilfe		65%	78%
Anteil Frauenheilkunde		32%	20%

Quelle: G-BA (2020); eigene Analysen.

Schaubild 34 stellt die Abteilungsgrößen in der Region Mecklenburgische Seenplatte dar. Die Schwerpunkte der Geburtshilfe liegen hauptsächlich an einem Standort mit mittelkleinen bis mittelgroßen Abteilungen (Ausnahme ist die komplexe Behandlung von Neugeborenen), wohingegen sich die Frauenheilkunde größtenteils auf zwei Versorger aufteilt. Insgesamt weist die Planungsregion viele kleine Fachabteilungen auf.

Schaubild 34

Klassifizierung der Abteilungsgröße, Planungsregion Mecklenburgische Seenplatte

					
		Mecklenburgische Seenplatte			
Nr.	Kategorie	Haus 1	Haus 2	Haus 3	Haus 4
1	Normale Geburten (nur Mütter)				
2	Neugeborenes "normal"				
3	"Normale" vorgeburtliche Komplikation				
4	Risikogeburten (nur Mütter)				
5	Neugeborenes "komplex"				
6	"Schwere" vorgeburtliche Komplikation				
Summe Geburtshilfe					
7	Gutartige Neubildungen				
8	Bösartige Mamma				
9	Bösartige Gyn				
10	Restliche Gyn inklusive Urogyn				
Summe Frauenheilkunde					
11	Rest (nicht primär Gyn/Geb)				
Summe Rest					
Gesamtsumme					
Anteil Geburtshilfe		70%	80%	71%	64%
Anteil Frauenheilkunde		27%	19%	28%	32%

Quelle: G-BA (2020); eigene Analysen.

Insgesamt gibt es in Mecklenburg-Vorpommern bezogen auf die Frauenheilkunde und Geburtshilfe viele kleine Standorte. Die Schwierigkeiten, mit denen insbesondere kleine Standorte konfrontiert werden, werden sich in Zukunft durch die veränderte Demografie und die Ambulantisierung weiter verschärfen. Mittelfristig wird die Frage zu beantworten sein, welche weitere Konzentration stationärer Leistungen aus Gründen des Fachkräftemangels und der erzielbaren Versorgungsqualität anzustreben ist.

4.2.4 Altenhilfe

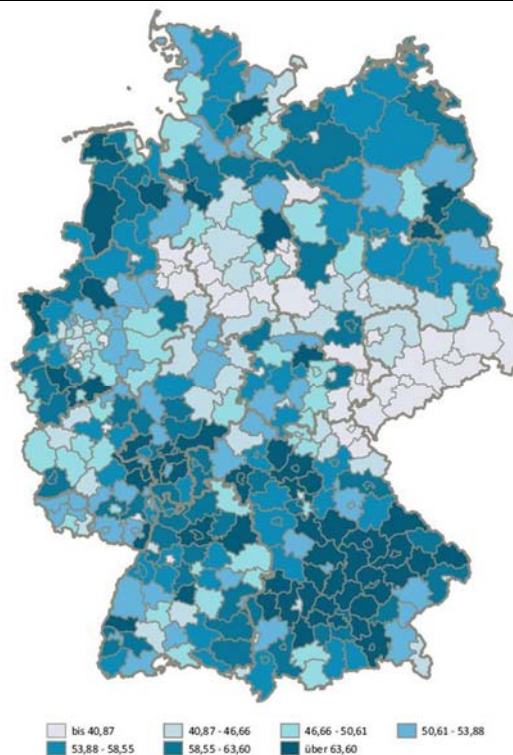
Wir rechnen in den kommenden Jahren mit einem stark steigenden Bedarf in der Altenpflege. Der Zuwachs der Zahl an Pflegebedürftigen wird weiter anhalten, sodass ein Ausbau der ambulanten und stationären Kapazitäten nötig sein wird. Das familiäre Pflegepotenzial wird an Bedeutung eher verlieren. Im Gegenzug schreitet die Professionalisierung der Pflege fort mit einem entsprechend höheren Personalbedarf. Die erwartete Zahl der Pflegebedürftigen in Mecklenburg-Vorpommern dürfte bis 2040 um etwa 54 bis 64% zunehmen (Karte 22). Das bestehende Angebot an stationärer Pflege dürfte bald seine maximale Auslastung erreichen, sodass zusätzlicher Bedarf an stationären Plätzen entsteht. Ein besonders großer und steigender Bedarf besteht in der Kurzzeitpflege. Eine weitere Herausforderung ist die Finanzierung des Eigenanteils in der Pflege durch die Heimbewohner, insbesondere bei zu erwartenden steigenden Löhnen und zunehmendem Personaleinsatz.

Um die Pflege langfristig solide aufzustellen sind mehr Angebote und neuartige Pflegekonzepte nötig, die sich den Bedürfnissen der Pflegebedürftigen sowie ihrer (pflegenden) Angehörigen anpassen. Eine Offenheit gegenüber neuen Technologien bietet die Möglichkeit, das Pflegepersonal zu entlasten.

Karte 22

Veränderung Anzahl stationär Pflegebedürftiger

2017 bis 2040, in %



Quelle: Heger et al. (2019).

4.3. Digitalisierung

Die Digitalisierung im Gesundheitswesen ist vielfältig und kann an fast allen Stellen ansetzen (Augurzky und Beivers 2019). Auf Seiten der Anbieter geht es erstens um die Digitalisierung der innerbetrieblichen Prozesse. Sie ist ureigene Aufgabe der Leistungserbringer und sollte von ihnen umgesetzt werden, sofern sie unter dem Kosten-Nutzen-Aspekt für sie vorteilhaft ist. Zweitens geht es um die Digitalisierung des Austausches von Daten und der Kommunikation zwischen verschiedenen Leistungserbringern. Hier spielt das Thema der Interoperabilität eine wichtige Rolle. Drittens setzt die Digitalisierung am Austausch zwischen dem Patienten bzw. der Patientin und den Leistungserbringern an und viertens kann sie auch eigenständig den Patientinnen und Patienten ohne direkten Austausch zu Leistungserbringern von Nutzen sein.

Unter die letzten beiden Punkte fallen Themenfelder wie Apps, Sensorik, Wearables, Insidables, Smart Home, und unter alle Themenfelder Virtual Reality, Augmented Reality, Telemedizin, künstliche Intelligenz (KI), Spracherkennung und Robotik. Sie beziehen sich aber nicht nur auf die patientennahen Bereiche. Auch das Ausstatten von Betten oder medizin-technischen Geräten in Krankenhäusern mit Chips ermöglicht ein leichteres Auffinden oder die Anpassung von Wartungsintervallen. Ähnlich wie beim Patienten werden in diesem Zusammenhang Fehlermeldungen ausgewertet und Hinweise auf Reparaturbedarfe gegeben. Wesentliche Vorteile bestehen darin, dass Geräte vor einem Ausfall geplant repariert werden können, Ursachen für Ausfälle leichter zu ermitteln sind und sich ggf. Wartungskosten durch längere Intervalle reduzieren lassen.

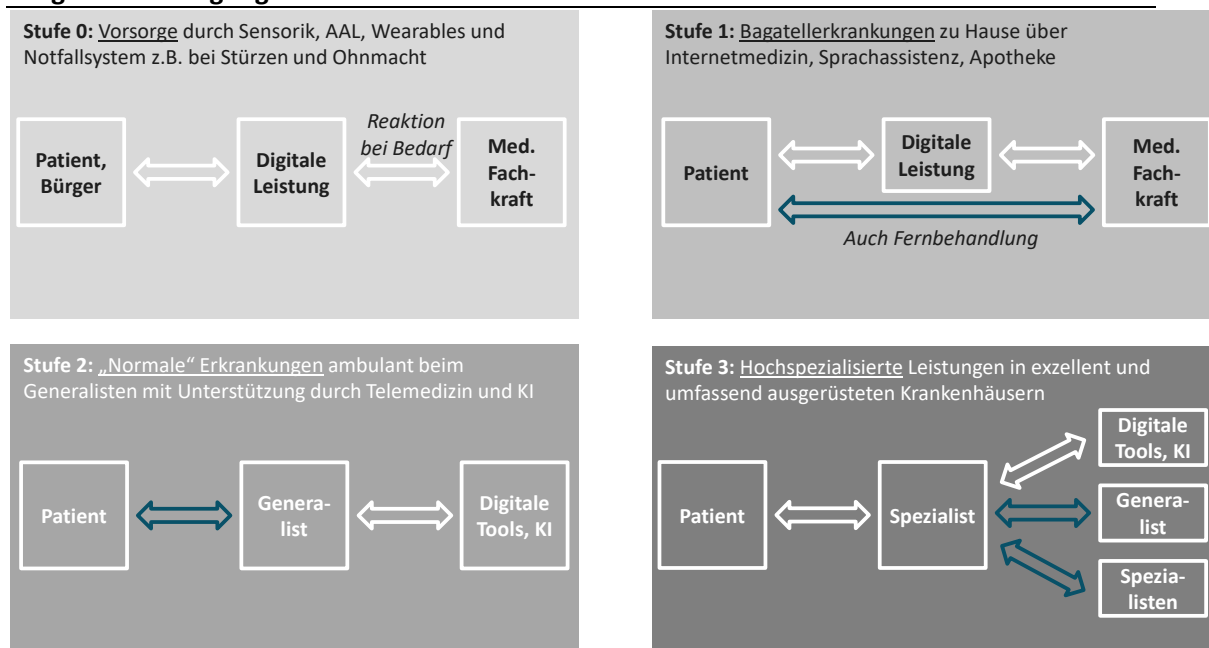
Kern der Vernetzung aller Akteure bildet die elektronische Patientenakte (ePA). Im Idealfall ist sie die strukturierte und standardisierte Sammelstelle für sämtliche Patientendaten und beinhaltet zugleich ein Zugriffs- und Kontrollsystem. Die Potenziale einer standardisierten digitalen und ganzheitlichen Erfassung der Gesundheitsdaten in dieser Form sind groß. Wenn jeder Leistungserbringer über einen vom Patienten autorisierten Zugang zur ePA die individuelle Krankheitsgeschichte abrufen kann, spart er selbst nicht nur Zeit, weil die Vorgeschichte nicht erst erfragt werden muss, sondern es können auch Doppeluntersuchungen vermieden werden.

Hinzu kommen generell Potenziale im Bereich der Prozessoptimierung der Leistungserbringung, wenn viele Abfragen automatisiert erfolgen können und inner- und besonders außerbetriebliche Schnittstellen genormt sind. Darüber hinaus kann mit der ePA die Diagnosestellung unterstützt werden – idealerweise sogar durch automatisierte Verknüpfung der Patientendaten mit bestehenden medizinischen Datenbanken. Bei einer ganzheitlichen und damit insbesondere sektorenübergreifenden Datenerfassung kann der Therapieverlauf einschließlich der Medikation verfolgt werden. Ergänzend können vom Patienten über Wearables, Insidables oder Apps selbst erhobene Gesundheitsdaten eingespeist werden, sodass die erhobenen Zeitreihen viel dichter werden als dies mit nur wenigen Messpunkten während eines Arztbesuchs jemals möglich ist. Die Einführung der elektronischen Patientenakte (ePA), die sektorenunabhängig Gesundheitsdaten des Patienten zusammenführt, wird bereits seit mehr als 20 Jahren diskutiert. Beginnend im Jahr 2021 erfolgt nun über drei Jahre die stufenweise Einführung. Der Patient entscheidet über die Nutzung und den Zugriff auf seine Daten und kann in den kommenden Jahren seine Daten auch für Forschungszwecke freiwillig zur Verfügung stellen.

Davon besonders profitieren würde auch die Versorgungsforschung. Mittelfristig lassen sich damit erfolgreiche von erfolglosen Behandlungspfaden trennen. Die knappen Ressourcen des Gesundheitssystems könnten dann in die erwiesenermaßen erfolgreichen Pfade gelenkt werden, sodass sich insgesamt das Kosten-Nutzen-Verhältnis der eingesetzten Ressourcen verbessern würde. Durch geeignete Apps, die auf die Daten der Patientenakte zugreifen, könnte die Compliance der Patienten erhöht werden, zum Beispiel durch schlichte Erinnerungsfunktionen und Monitoring oder ggf. sogar durch digital gestützte Therapien, wie sie heute vereinzelt schon existieren. Mithin würde die Transparenz über das Versorgungsgeschehen deutlich gesteigert.

Die Digitalisierung des Gesundheitswesens besitzt darüber hinaus die Chance, wirtschaftlichere Angebotsstrukturen zu schaffen. Die Patientensteuerung kann aufgrund der fundierten Informationen über den Patienten weitaus effektiver geschehen als im heutigen System. Mithin kann der Versorgungsbedarf des Patienten besser dem Versorgungsangebot zugeordnet werden. Schaubild 35 stellt eine mögliche Versorgungsstruktur bei einem durchgehend digitalisierten Gesundheitswesen dar (DIV-Report 2017). In der Stufe 0 geht es um die Überwachung von Gesundheit, die sich vollständig auf automatisierte Funktionen stützen würde, ergänzt um künstliche Intelligenz. Der Patient oder Bürger würde sich passiv verhalten. Menschliche Eingriffe wären nur bei Auffälligkeiten nötig, wenn Grund zur Annahme besteht, dass Hilfe erforderlich ist. Stufe 0 wäre aufgrund der Automatisierung arbeitssparend.

Schaubild 35

Mögliche Versorgungsstruktur der Zukunft

Quelle: Augurzky (2018), angelehnt an DIV-Report (2017).

In Stufe 1 würde der Patient oder Bürger selbst aktiv, wenn er Unregelmäßigkeiten in seinem Gesundheitszustand wahrnimmt, die allerdings nicht bedrohlich sind („Bagatellerkrankungen“). Er würde sich zum Beispiel an seinen sprachbegabten, durch künstliche Intelligenz ertüchtigten Roboter im eigenen Wohnzimmer wenden. Bei Bedarf kann sie eine Verbindung zu einer medizinischen Fachkraft herstellen. Sollte eine einfache körperliche Untersuchung oder z.B. eine Blut- oder Urinprobe zusätzlich erforderlich sein, kann der Patient auf Anraten der Fachkraft z.B. die nächstgelegene Apotheke aufsuchen.

Bei „normalen“ bzw. einfacheren Einmal- oder chronischen Erkrankungen sucht die Patientin oder der Patient den ärztlichen Generalisten auf, der intensiv auf digitale Tools wie die ePA, vernetzte Datenbanken und künstliche Intelligenz zurückgreift (Stufe 2). Anders als in Stufe 1 gibt es hier also einen Coach für die Patienten, der sie betreut und ihm Erkenntnisse aus Datenanalysen, der weltweiten medizinischen Literatur und digitalen Tools erläutert. In Stufe 3 finden sich Patienten mit komplexen Erkrankungen, die hochspezialisierte Leistungen benötigen. Sie stehen in direktem Kontakt mit einem entsprechenden Spezialisten, der wiederum andere Spezialisten zu Rate ziehen kann und der außerdem im Austausch mit dem betreuenden Generalisten steht und wie in Stufe 2 auf sämtliche digitale Tools weltweit zurückgreifen kann. In der Realität wird es hierbei noch weitere Abstufungen geben können, und es bedarf einer effektiven Patientensteuerung, um den richtigen Zugang zu den Versorgungsstufen zu gewährleisten.

Künstliche Intelligenz setzt voraus, dass große Datenmengen vorliegen, die durch Analysen Muster erkennen lassen. Die Muster können in Algorithmen übersetzt werden und beispielsweise bei der Anamnese genutzt werden, um mögliche Ursachen für gesundheitliche Beschwerden zu eruieren. Studien zur KI haben beispielsweise gezeigt, dass die Bewertung von Muttermalen zur Erkennung von Hautkrebs vielversprechend ist, unter anderem Hänßle et al. (2018). Die besten Ergebnisse wurden bei der Kombination der KI mit dem medizinischen Experten erzielt. Die potenziellen Anwendungsfelder für KI im Gesundheitswesen sind vielfältig und werden sich mit dem Aufbau von Big Data sukzessive ausbauen lassen. Diese Datenbanken bilden darüber hinaus die Grundlage für eine personalisierte Medizin. Im Abgleich mit individuellen

Patientendaten und einer großen Datenmenge besteht die Grundlage, gezielt für den einzelnen Patienten die Behandlungsform zu wählen, die den höchsten Behandlungserfolg erwarten lässt.

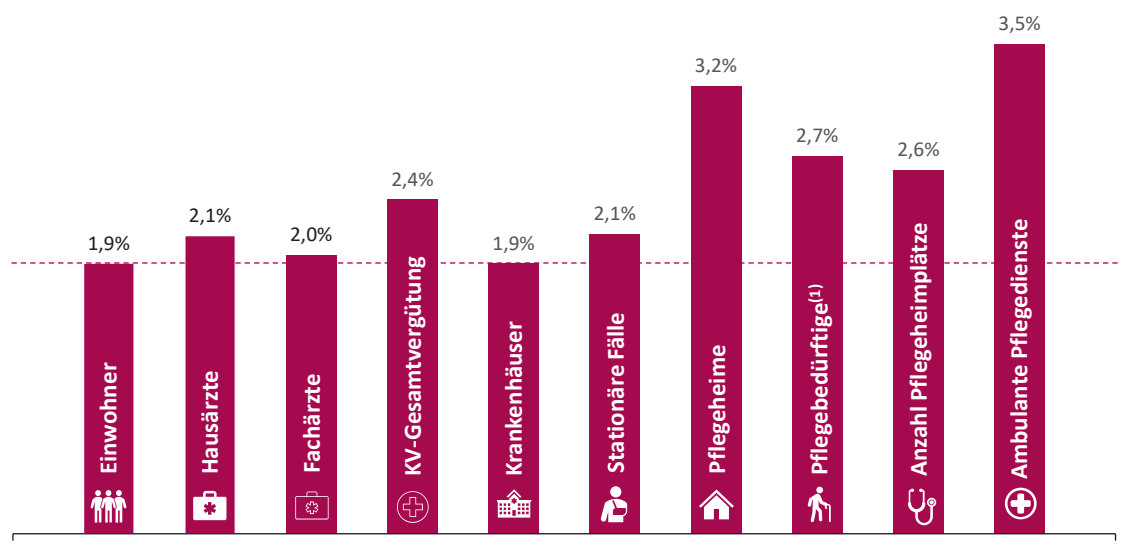
5. Zwischenfazit

Mecklenburg-Vorpommern verfügt über 6,5% der Fläche Deutschlands, aber nur über 1,9% der Einwohner. In der Fläche weist das Land damit 70% weniger Einwohner auf als Deutschland und ist das Bundesland mit der geringsten Einwohnerdichte. Die Bevölkerungszahl stagniert und die Einwohner sind etwas älter als der Durchschnitt. Im Süden und Osten Mecklenburg-Vorpommerns ist die Einwohnerzahl zwischen 2011 und 2019 sogar geschrumpft, wohingegen die Städte Rostock und Schwerin sowie der Nordwesten ein Bevölkerungswachstum verzeichnen konnten. Die Landkreise und kreisfreien Städte haben mit jeweils rund 200.000 Einwohnern eine gute Größe, die effiziente Verwaltungsstrukturen erlauben. Das Bruttoinlandsprodukt je Einwohner ist in Mecklenburg-Vorpommern unterdurchschnittlich. Die ÖV-Anbindung zum nächsten zentralen Ort ist für einige Regionen mit Reisezeiten von mehr als 60 Minuten verbunden. An den Wochenenden ist das ÖV-Angebot noch stärker ausgedünnt.

In der ambulanten Versorgung weist Mecklenburg-Vorpommern überdurchschnittlich viele Behandlungsfälle auf. Im Vergleich zum Anteil seiner Bevölkerung an der Gesamtbevölkerung Deutschlands (1,9%) verfügt Mecklenburg-Vorpommern über einen leicht höheren Anteil an allen Hausärzten (2,1%) und Fachärzten (2,0%). Über die Kreise verteilt zeigt sich überdies eine unterschiedliche Versorgungsdichte. Aufgrund der älteren Bevölkerung in Mecklenburg-Vorpommern ist dies zu erwarten. Die Anzahl der hausärztlichen Hauptbetriebsstätten ist jedoch leicht rückläufig. Hoch fällt mit 2,4% der Anteil Mecklenburg-Vorpommerns an der KV-Gesamtvergütung aus (Schaubild 36). Des Weiteren befinden sich überdurchschnittlich viele MVZ in Mecklenburg-Vorpommern in Krankenhausträgerschaft.

Schaubild 36

Anteile Mecklenburg-Vorpommerns in der Versorgung
2019, Anteil in % von Deutschland



(1) Pflegebedürftige in Pflegeheimen

Quelle: KBV (2020c), Statistisches Bundesamt (2019), Statistisches Bundesamt (2020b), eigene Darstellung.

Mecklenburg-Vorpommern ist es Mitte der 1990er gelungen, seine Krankenhausstruktur zu optimieren. Im Jahr 2021 wird die stationäre Versorgung von 40 Krankenhäusern sichergestellt. Damit befinden sich 1,9% der Krankenhäuser in Mecklenburg-Vorpommern (Schaubild 36). In Bezug auf seine Fläche hat es bundesweit die geringste Krankenhausdichte. Bei der Hospitalisierungsrate liegt Mecklenburg-Vorpommern über dem Durchschnitt (2,1%) und weist auch eine leicht überdurchschnittliche Anzahl an Krankenhausbetten je Krankenhaus auf, was an der Altersstruktur liegen dürfte. Insgesamt werden jährlich rund 420.000 Patienten stationär versorgt. Davon entfallen circa zwei Drittel auf die Basisversorgung.

Obwohl 60% der Standorte einen Sicherheitszuschlag erhalten, erreichen etwa 16% der Bevölkerung in Mecklenburg-Vorpommern ein Krankenhaus nicht innerhalb einer Pkw-Fahrzeit von 30 Minuten. In Bezug auf Mindestmengen erzielen nicht alle Krankenhäuser die geforderten Kriterien. Dabei ist die Situation in den südlichen Kreisen Mecklenburg-Vorpommerns kritischer. Die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser ist etwas besser als bundesweit. Die Ertragslage ist zwar überdurchschnittlich gut, dennoch weisen auch viele Krankenhäuser einen Jahresverlust auf. Aufgrund der rückläufigen Investitionsfördermittel des Landes fällt es daher vielen Krankenhäusern schwer, ausreichende Investitionen zu tätigen. Es besteht das Risiko des Substanzverzehr.

Der Altenhilfe kommt in Mecklenburg-Vorpommern eine sehr wichtige Rolle zu. Wohl aufgrund der Altersstruktur befinden sich 3,5% der ambulanten Pflegedienste, 2,6% aller Pflegeheimplätze und 2,7% aller Pflegebedürftigen in Deutschland in Mecklenburg-Vorpommern und damit überdurchschnittlich viele (Schaubild 36). Der Zuwachs an Pflegeheimplätzen in Mecklenburg-Vorpommern fiel zwischen 2011 und 2019 mit 23% weit höher aus als im Bundesdurchschnitt (+11%). In den vergangenen Jahren ist die Zahl der ambulant und stationär Pflegebedürftigen stark angestiegen, was in der Folge einen hohen Bedarf an Pflegefachkräften nach sich zog. Allerdings gibt es in den Pflegeheimen vergleichsweise wenige Pflegekräfte je Bewohner und der Anteil der Pflegeheimbewohner mit Grad 1 und 2 bei der stationären Pflege ist in Mecklenburg-Vorpommern im Vergleich zu Deutschland gering.

In Mecklenburg-Vorpommern deuten sich bereits heute Schwierigkeiten an, die gegenwärtigen Versorgungsstrukturen aufrecht erhalten zu können. Bei Fortschreibung des Status quo dürften sie noch weiter zunehmen. Die Bevölkerung wird in den kommenden Jahren mit großer Sicherheit schrumpfen und dabei besonders die Zahl der Menschen im erwerbsfähigen Alter. Diese Entwicklung wird regional ungleich verlaufen: im südlichen und östlichen Mecklenburg-Vorpommern schärfer als in den restlichen Landesteilen. Gleichzeitig altert die Bevölkerung, was zu einer wachsenden Nachfrage nach Gesundheitsleistungen führen dürfte. Aufgrund der zu erwartenden stärkeren Ambulantisierung der Medizin ist allerdings kaum mit einer Zunahme der stationären Fallzahl in Krankenhäusern zu rechnen. Wir erwarten hier bis 2030 sogar einen Rückgang von 4 bis 6% – je nach Region unterschiedlich. Dies hat zur Folge, dass die Auslastung der vorhandenen Krankenhauskapazitäten schrumpfen dürfte und die Vorhaltekosten für die gegenwärtige Krankenhausstruktur immer schwieriger finanziert werden können.

Eine noch größere Bedeutung als die Frage nach der Finanzierbarkeit wird aber die Verfügbarkeit von Fachkräften zur Sicherung der Leistungsfähigkeit haben. Damit steht nicht nur die stationäre, sondern auch die ambulante Versorgung vor einer gewaltigen Herausforderung. Zudem ändern sich die Präferenzen des Nachwuchses hinsichtlich der Art der auszuübenden Tätigkeit. Ein immer größerer Teil sucht ein Angestelltenverhältnis und eine Tätigkeit in Teilzeit. Die Bereitschaft, ein unternehmerisches Risiko als Freiberufler zu tragen, schwindet. Bevorzugt wird dabei eher eine Tätigkeit in einem Zentrum als in ländlich strukturierten Gebieten. Unter anderem lässt es sich dort eher in einem größeren Team arbeiten. Sowohl in der stationären als auch

ambulanten Versorgung ist daher nicht nur aus wirtschaftlichen Gründen, sondern auch personell bedingt mit einer zunehmenden Konzentration der Angebote in lokalen Zentren zu rechnen.

Ferner schreitet die Spezialisierung in der Medizin immer weiter fort. Während früher ein Internist oder Chirurg das Fachgebiet in seinen Grunderkrankungen vollständig abdecken konnte, braucht es dazu heute – unter anderem aufgrund der spezialisierteren Ausbildung – eine Vielzahl von Spezialisten. Bezogen auf die Chirurgie ist selbst die Versorgung eines unkomplizierten Bruchs nicht mehr ohne Unfallchirurgen möglich. In der Praxis tätige Internisten berichten, dass der Kardiologe, Gastroenterologe oder Pulmologe jeweils auf die Expertise des Kollegen gerade bei multimorbiden Patienten angewiesen ist. Dies hat zur Folge, dass nicht mehr jede Fachabteilung in einem Krankenhaus sämtliche nötige Spezialisten vorhalten kann, um das gesamte Fachgebiet in hoher Qualität abdecken zu können. Es fehlt eine generalistische Grundausbildung, die die Basisversorgung sichert. Damit steigt der Anteil der Spezialversorgung, die eher in größeren Zentren erfolgt, während der Anteil der Basisversorgung, die vor Ort vorgehalten wird, sinkt. Diese Entwicklung verschärft wiederum das Problem der Finanzierung der Vorhaltekosten zusätzlich.

Hinzu kommt, dass die Patientinnen und Patienten in zunehmendem Maße eine stärkere Patientenorientierung in der Versorgung einfordern, eine ganzheitliche Versorgung aus einer Hand, die über moderne Technologie, wie sie sie aus anderen Branchen kennen, unterstützt wird. Aber auch ein demografisch bedingter starker Bedeutungszuwachs der Altersmedizin macht einen ganzheitlichen Versorgungsansatz immer wichtiger. Der geriatrische Patient hat nicht nur eine Erkrankung, die singulär zu behandeln ist. Er hat ein ganzes Bündel an medizinischen und pflegerischen Bedarfen, die interdisziplinär und vor allem sektorenübergreifend zu decken sind. Hier stößt die Gesundheitsversorgung in ihrer derzeitigen Form rasch an ihre Grenzen.

Eine Chance bietet die Digitalisierung in all ihren Facetten. Sie kann die Kommunikation und Interaktion zwischen Patient und Leistungserbringer effektiver und effizienter gestalten. Nicht nur können damit wichtige Gesundheitsdaten erhoben werden. Es müssen auch keine mehr verloren gehen. Eines der wichtigsten Werkzeuge wird die elektronische Patientenakte sein, die es dem Patienten erlaubt, alle nötigen Informationen stets bei sich zu haben und diese auch intelligent auswerten zu können. Die Digitalisierung kann zudem einen wesentlichen Beitrag dazu leisten, die Abläufe im Gesundheitswesen stärker zu automatisieren, Schnittstellen zu optimieren und Fehleranfälligkeit zu vermindern. Schließlich könnte moderne Technologie der Schlüssel dazu sein, Rationierung von Leistungen zu vermeiden, wenn die personellen und vermutlich auch finanziellen Ressourcen knapper, aber die Bedarfe größer werden.

6. Zielbild der Gesundheitsversorgung

Die Gesundheitsversorgung in Deutschland und in einem noch größeren Maße in Mecklenburg-Vorpommern steht vor der Herausforderung, die wachsenden Bedarfe der älter werdenden Bevölkerung mit einer schrumpfenden Zahl an erwerbsfähigen Personen decken zu müssen. Zwar ist auch mit einer Verschiebung von personellen Ressourcen aus anderen Branchen in das Gesundheitswesen zu rechnen, allerdings mit der Folge, dass die Kosten des Gesundheitswesens dann überproportional steigen und von den anderen Branchen finanziert werden müssen. Eine rein mengenorientierte Fortschreibung des Gesundheitswesens zur Deckung der künftigen Bedarfe wird daher an Grenzen der Finanzierbarkeit stoßen. Stattdessen braucht es auch eine Erhöhung der Effizienz der Gesundheitsversorgung, um mit den vorhandenen Ressourcen einen höheren Nutzen erzielen zu können.

Das deutsche Gesundheitswesen bietet hierfür vielfach noch Potenziale. Auf der Nachfrageseite besteht erstens die Chance, Bedarfe grundsätzlich zu vermeiden oder zumindest zu verzögern, zum Beispiel durch Prävention und Rehabilitation. Hier geht es um die Reduktion der Menge an Bedarfen. Zweitens kann die Allokation der einzelnen Bedarfsarten verbessert werden, zum Beispiel durch sektorenübergreifende Versorgung. So ließen sich in der medizinischen Versorgung mehr Leistungen ambulant statt stationär erbringen und möglicherweise auch einige der heute ambulant erbrachten Leistungen durch digitale Anwendungen reduzieren (Stichwort „digital vor ambulant vor stationär“).

Auf der Angebotsseite können drittens durch eine stärkere Zentralisierung und Schwerpunktbildung sowohl in der stationären als auch in der ambulanten Versorgung vorzuhaltende Fixkosten der Gesundheitsangebote besser finanziert, Arbeitsplätze für die Fachkräfte attraktiver gestaltet und oft auch die Qualität der medizinischen Versorgung gesteigert werden (Hentschker und Mennicken 2015, 2018). Im Gegenzug kann sich dadurch aber die Erreichbarkeit der Angebote für die Bevölkerung verschlechtern bzw. Patiententransporte zwischen einzelnen Standorten erforderlich machen.

Viertens besteht bei der Allokation der Ressourcen Optimierungspotenzial. Beim Personal seien an dieser Stelle beispielhaft eine stärkere interprofessionelle Zusammenarbeit, eine umfangreichere Delegation und Substitution von Tätigkeiten und eine größere Verantwortungsübernahme durch die Pflege genannt. Neben Personal spielt auch der Einsatz von Kapital eine wichtige Rolle in der Gesundheitsversorgung. Zum Beispiel können durch eine kluge Bauweise Arbeitsabläufe effizienter gestaltet werden, was den Zeit- und damit den Personalbedarf reduziert. Insofern dienen Investitionen nicht nur dem Substanzerhalt, sondern sie können auch einen wichtigen Beitrag zur effizienten Allokation der knappen Ressource Personal leisten. Dies wird noch deutlicher, wenn es – fünftens – um den Einsatz moderner Technologien geht, worunter beispielsweise die Themen Digitalisierung, Telemedizin, Künstliche Intelligenz und Robotik fallen (Klein et al. 2018).

Im Zielbild der Gesundheitsversorgung Mecklenburg-Vorpommerns sollten diese Potenziale genutzt werden. Außerdem sollte das Zielbild die Hauptziele der Gesundheitsversorgung im Fokus haben: hohe Versorgungsqualität für die Patientinnen und Patienten und gute Erreichbarkeit bei gleichzeitiger Finanzierbarkeit der Angebote. Zudem sollte es die Erfahrungen aus der Corona-Pandemie beherzigen und ein Mindestmaß an Vorhaltung und Flexibilität anstreben, um auf unerwartete exogene Schocks angemessen und zügig reagieren zu können. Dazu gehört auch ein gut ausgerüsteter und moderner Öffentlicher Gesundheitsdienst. Um diese übergeordneten Hauptziele zu operationalisieren, brechen wir sie in zahlreiche Unterziele herunter. Schaubild 37 stellt wichtige Unterziele im Überblick dar und Kasten 2 formuliert anhand eines Use Case, wie eine patientenorientierte Versorgung funktionieren sollte.

Schaubild 37

Hauptziele und Unterziele der Gesundheitsversorgung Mecklenburg-Vorpommerns

Ziele	Versorgungsqualität	Finanzierbarkeit	Erreichbarkeit	Sicherheit
Unterziele	Patientenorientierte Versorgung	Wirt. Selbstständigkeit der Leistungserbringer	Mobilitätsangebote	Öffentlicher Gesundheitsdienst
	Erhalt der Gesundheit		Neue dezentrale Angebote	
	Case Management/ hausarztzentrierte Vers.			
	Bündelung der Ressourcen			
	Sektorenübergreifende Versorgung			
	Schnittstelle zur Altenhilfe			
	Vernetzung der Leistungserbringer und regionale Kooperation und Koordination	
	Digitalisierung und dafür nötige Infrastruktur			
	Akquise und Ausbildung von Fachkräften	
	Delegation von Tätigkeiten			
	Versorgungsplan statt Krankenhausplan	
	Regionalität und Gestaltungsfreiheit			

Quelle: Eigene Darstellung.

Kasten 2

Use Case einer patientenorientierten Versorgung

Wilfried, 83 Jahre, ist seit vielen Jahrzehnten Diabetiker. Vor sieben Jahren wurde zudem eine Herzerkrankung diagnostiziert. Glücklicherweise hat Wilfried mit seiner Hausärztin Dr. Engelbert eine zuverlässige Ansprechpartnerin. Seine Herz- und Blutzuckerwerte werden täglich automatisch erfasst und analysiert. Bei Auffälligkeiten bekommt Dr. Engelbert eine Info, die sie wiederum mit Wilfried in einem kurzen Video-Telefonat bespricht.

Im Winter ist Wilfried bei Glatteis unglücklich gestürzt und hat sich den Oberschenkelhalsknochen gebrochen. Per Rettungswagen wurde er zum lokalen Regionalversorger gebracht und dort operiert. Der Regionalversorger koordiniert im Anschluss die Verlegung auf die geriatrische Station des nächstliegenden Gesundheitszentrums. Auf der geriatrischen Station ist man dank eines multiprofessionellen Teams bestens auf Patienten wie Wilfried eingestellt und kann über ergänzende rehabilitative Maßnahmen seine Genesung soweit möglich unterstützen. Trotz aller Bemühungen kann eine geringe Pflegebedürftigkeit jedoch nicht vermieden werden. Bis ein Pflegedienst Kapazitäten für die häusliche Betreuung von Wilfried bereitstellen kann, verbleibt er zunächst in Kurzzeitpflege des Krankenhauses.

Nach der Entlassung aus der Kurzzeitpflege wird Wilfried von Pflegekräften ambulant betreut. Mithilfe eines Medikamentenplans ist die korrekte Einnahme von Arzneimitteln gesichert und mit seinen am Gesundheitszentrum ansässigen Fachärzten abgestimmt. Regelmäßig bringt eine speziell ausgebildete Pflegefachkraft (Advanced Nurse Practitioner) die in der Apotheke vordosierten Medikamente vorbei und kümmert sich um die Kontrolle von Wilfrieds allgemeinem Gesundheitszustand. Bei ärztlichem Abstimmungsbedarf wird Dr. Engelbert oder der jeweilige Facharzt mittels Telemedizin dazugeschaltet. Einfache Untersuchungen führt die Pflegekraft direkt im Auftrag der Ärzte durch. Gesundheitliche Probleme und eventuell auftretende medizinisch notwendige Behandlungen können so frühzeitig erkannt, gesteuert und koordiniert werden. Wilfried fühlt sich gut betreut und war seitdem nicht mehr im Krankenhaus.

Um die genannten Hauptziele zu erreichen und die Potenziale nutzen zu können, muss die Gesundheitsversorgung ganzheitlich gedacht werden: von präventiven bis zu kurativen Angeboten, von rehabilitativen und Unterstützungsleistungen, von sehr einfachen bis zu hochkomplexen Spezialangeboten. Eine wichtige Säule bildet die Versorgung von akut erkrankten Menschen und die Notfallversorgung. Eine weitere bedeutende Säule ist die Behandlung von chronisch kranken Menschen, die vielfach wiederkehrende Leistungen benötigen. Hieran schließen sich Leistungen für pflegebedürftige Menschen an, vor allem im Bereich der Altenhilfe. Eine gute Gesundheitsversorgung bemüht sich außerdem, präventiv tätig zu werden, sodass der medizinische oder pflegerische Bedarfsfall erst gar nicht oder zumindest erst zu einem späteren Zeitpunkt eintritt. Im Idealzustand liegt der Hauptfokus auf Prävention und es gäbe weit weniger zu behandelnde gesundheitliche Probleme bzw. Bedarfe. Prävention fängt dabei schon in Schulen an und setzt sich in Betrieben fort. Es geht um die Vermittlung von gesundheitsbewusstem Verhalten – ggf. auch über spielerische Elemente oder in digitaler Form.

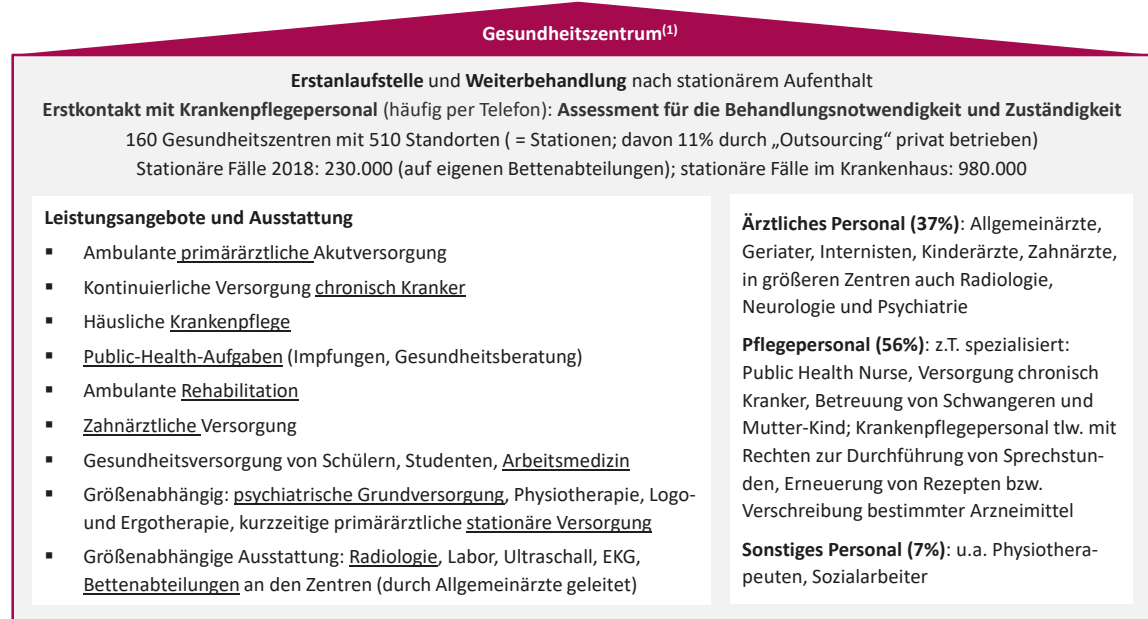
Eine wichtige Rolle für eine ganzheitliche Versorgung nimmt im Zielbild der „dezentrale Kümmerer“ als individueller Ansprechpartner für Patienten und Bürger in allen Gesundheitsfragen und als Koordinator von Diensten im Bedarfsfall ein. Man kann auch von einem Case Manager sprechen. Diese Aufgabe wird von Hausärzten und Pflegeexperten gemeinsam wahrgenommen. Je nach Art der Bedarfe kann eine qualifizierte Pflegefachperson sogar Hauptansprechpartnerin sein. Im Englischen finden sich hierfür Begriffe wie „Community Health Nurse“ und „Advanced Nurse Practitioner“. Bei den „Kümmerern“ laufen alle Fäden zusammen, darunter auch die Gesundheitsdaten des Patienten – selbstverständlich unter Zuhilfenahme moderner Technologie. In einer elektronischen Patientenakte werden auf Wunsch des einzelnen Patienten alle seine Gesundheitsdaten hinterlegt: Befunde, Diagnosen, Laborwerte, Bilder, Arzneimittel, Impfungen, Allergien und vieles mehr. Der Patient ist Eigentümer seiner Daten und entscheidet darüber, welche Personen darauf Zugriff haben.

Idealerweise erteilt er seinem Case Manager Zugriff darauf, der durch intelligente Auswertungstools – beispielsweise unterfüttert mit künstlicher Intelligenz – Muster erkennen und gezielt medizinische Maßnahmen einleiten kann. Aber auch der Patient selbst kann durch geeignete digitale Tools Auswertungen seiner Daten vornehmen. So entsteht für die Patienten eine Art digitaler Begleiter, der in einfachen medizinischen Fällen bereits gut fundierte Einschätzungen abgeben und Lösungsoptionen anbieten kann. Manchmal können damit aufwändige Arztbesuche vermieden werden. Der Case Manager organisiert mit Hilfe solcher digitaler Werkzeuge die Gesundheitsversorgung vor Ort, indem er die Angebote von Therapeuten, Kliniken, Apotheken, Altenpflege und bis hin zu Sozialarbeitern koordiniert.

Je nach lokaler Situation arbeiten Case Manager in größeren Gesundheitszentren zusammen, realisieren dadurch wirtschaftliche Synergien und können durch die Verteilung der Dienste auf mehrere Köpfe eine gute zeitliche Erreichbarkeit anbieten. Vorbild dafür sind die Gesundheitszentren in Finnland (Schaubild 38). Sie umfassen die komplette ambulante primärärztliche Akutversorgung bis hin zur zahnärztlichen Versorgung. Sie betreuen chronisch Kranke, kümmern sich um die häusliche Krankenpflege und um ambulante Rehabilitation. Zudem übernehmen sie Public-Health-Aufgaben, darunter Impfungen und Gesundheitsberatung sowie die Gesundheitsversorgung von Schülern und Studierenden. In Abhängigkeit von ihrer Größe erbringen sie auch eine psychiatrische Grundversorgung, Physiotherapie, Logo- und Ergotherapie und verfügen über Radiologie, Labor, Ultraschall, EKG sowie in größeren Zentren auch wenige, durch Allgemeinärzte geleitete Betten für kurzzeitige Überwachung von Patienten.

Schaubild 38

Gesundheitszentrum für primärärztliche Versorgung in Finnland



(1) Kommune ist verantwortlich für primäre Gesundheitsversorgung.
Quelle: Preusker (2017), eigene Darstellung.

Über 50% ihres Personals sind Pflegefachpersonen, die zum Teil auf Public Health, Versorgung chronisch Kranker, Betreuung von Schwangeren, Mutter und Kind spezialisiert sind. Etwa mehr als ein Drittel ist ärztliches Personal: Allgemeinärzte, Geriater, Internisten, Kinderärzte, Zahnärzte und in größeren Zentren auch Radiologen, Neurologen und Psychiater. Weiteres Personal setzt sich unter anderem aus Physiotherapeuten und Sozialarbeitern zusammen. Der Erstkontakt findet in der Regel mit Krankenpflegepersonal – häufig über Telefon – statt. Dort erfolgt eine Einschätzung für die Behandlungsnotwendigkeit und Zuständigkeit. Das Krankenpflegepersonal verfügt teilweise auch über das Recht zur Durchführung von Sprechstunden, Erneuerung von Rezepten bzw. Verschreibung bestimmter Arzneimittel.

Auch für Mecklenburg-Vorpommern bieten sich solche Gesundheitszentren an, die dem Grunde nach in § 19 und § 21 des Landeskrankenhausgesetzes bereits angelegt sind. Anders als in Finnland, wo die fachärztliche Versorgung ausschließlich an den Krankenhäusern stattfindet, sollten die Zentren in Mecklenburg-Vorpommern auch die fachärztliche Versorgung mit abdecken können („Gesundheitszentrum plus“). Zudem sollten kleine Krankenhäuser der Grundversorgung in das Zentrum integriert werden, um damit ein ganzheitliches, sektorenübergreifendes Angebot der Grundversorgung zu schaffen („Integriertes Gesundheitszentrum“). Ein solches integriertes Gesundheitszentrum (IGZ) kann die knappen Ressourcen besser nutzen, d.h. das Personal sowie die Infrastruktur und Ausstattung. In Mecklenburg-Vorpommern lässt sich dadurch die Stabilität der ländlichen Versorgung erhöhen.

Im Vergleich zum Status quo erwächst daraus eine neue Rolle für kleine Krankenhäuser: Sie übernehmen eine größere Verantwortung für die lokale Versorgung. Integrierte Gesundheitszentren managen und organisieren die medizinischen Angebote in ihrem Umfeld, arbeiten eng zusammen mit dezentralen Kümmernern, die sich außerhalb des Zentrums befinden, mit Apotheken, Pflegediensten, insbesondere bei der Kurzzeitpflege, mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst und vereinzelt mit Spezialversorgern. Da die Altersmedizin eine wachsende Bedeutung erfahren wird, braucht es die enge Verzahnung zur lokalen Altenhilfe. Die Vergütungsanreize im

IGZ müssen derart gestaltet sein, dass es Behandlungen, wo immer medizinisch möglich, ambulant durchführt, und dass es überdies ein starkes Interesse an Prävention entwickelt. Letztendlich muss sich das IGZ für die Gesundheit der lokalen Bevölkerung verantwortlich fühlen.

Ein Gesundheitszentrum sollte für die Bevölkerung in höchstens 30 Minuten mit einem Pkw erreichbar sein. Dabei muss nicht jedes Zentrum auch eine stationäre Versorgungseinheit besitzen und zu einem vollwertigen IGZ werden. Vielmehr könnte aber ein IGZ entsprechende ambulante „Außenstellen“ betreiben, die eng mit dem IGZ zusammenarbeiten. Beispielsweise betreibt in Finnland ein Gesundheitszentrum im Durchschnitt drei Standorte. Es sollte aber auch eng mit mobilen Gesundheitsdiensten und der „Apotheke plus“ zusammenarbeiten, die weiter unten beschrieben werden. Eine Besonderheit in Mecklenburg-Vorpommern ist die große Zahl an Rehabilitationskliniken, die sich häufig in klassischen touristischen Gebieten befinden. Deren medizinische Expertise sollte für die Gesundheitszentren ebenfalls erschlossen werden. Gerade in Zeiten eines hohen touristischen Aufkommens können sie helfen, Versorgungsspitzen abzudecken. Ein mögliches Beispiel für ein IGZ im ländlichen Raum ist das Zentrum in Templin (Kasten 3).

Kasten 3

Innovative Gesundheitsversorgung in Brandenburg – Strukturmigration im Mittelbereich Templin (IGiB|StimMT)

Das Modellprojekt IGiB-StimMT in Brandenburg erprobt integrierte Gesundheitsversorgung. Angesichts des demografischen Wandels mit veränderten Bedingungen besonders in ländlichen Regionen ist die Zielsetzung des Projekts, nachhaltige Strukturen und Prozesse für eine wohnortnahe und bedarfsorientierte medizinische Versorgung im Mittelbereich Templin zu entwickeln (Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss 2021, IGiB-StimMT gGmbH 2020). Ein wesentliches Element des Modells ist die enge Verzahnung ambulanter und stationärer Leistungserbringung in einem ambulant-stationären Zentrum (ASZ) am Standort des Sana Krankenhauses Templin mit fach- und einrichtungsübergreifender Kooperation (IGiB-StimMT gGmbH 2020, Puchta 2019).

Unter Einbezug nicht nur niedergelassener und stationärer ärztlicher Leistungserbringer, sondern auch von Therapeuten, Pflegediensten und Apotheken werden medizinische Leistungen zu sektorenübergreifenden Behandlungen verknüpft (IGiB-StimMT gGmbH 2018, IGiB-StimMT gGmbH 2020). Ein Koordinierungs- und Beratungszentrum bietet zudem Informationen und Beratung zu regionalen und überregionalen Angeboten. Darüber hinaus wird von Fallmanagern Unterstützung bei der Koordination häuslicher Pflege und ärztlicher Leistungen, Terminvereinbarungen und Antragstellungen geboten (IGiB-StimMT gGmbH 2018). Sowohl Bedarfsorientierung als auch Wohnortnähe sollen hiermit gefördert werden, letzteres auch unter Anwendung telemedizinischer Lösungen (IGiB-StimMT gGmbH 2018).

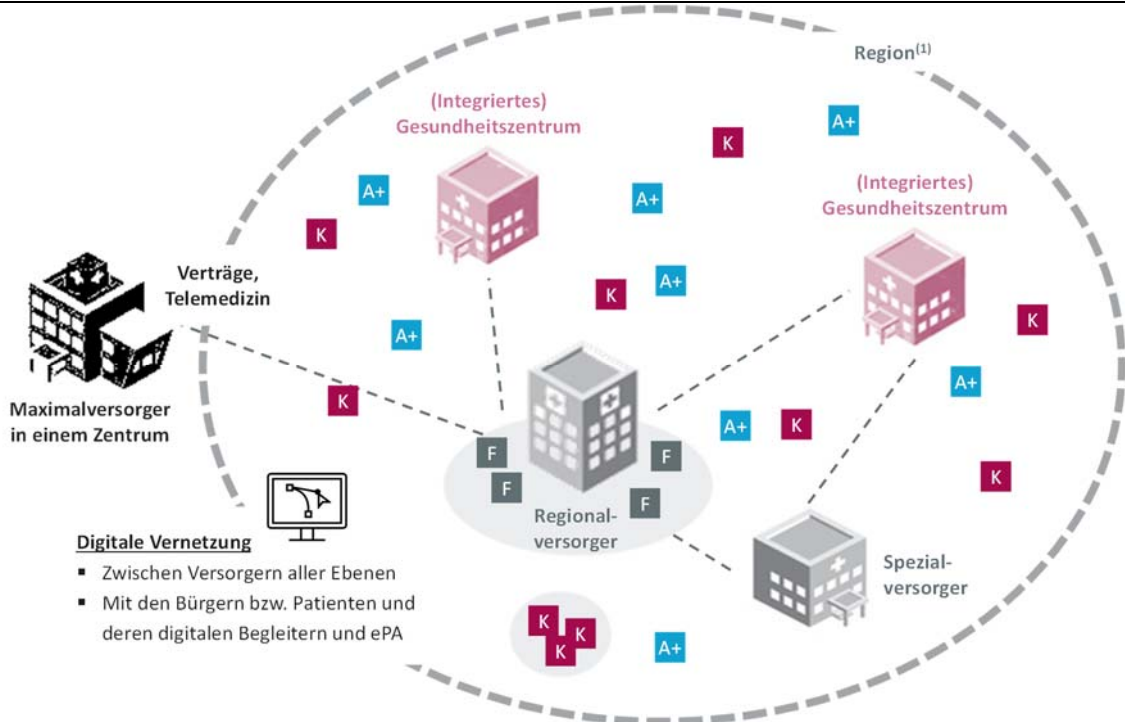
Im Rahmen des Projekts sollten ebenfalls Anpassungsvorschläge für Rechtsvorschriften und Vergütungsordnungen erarbeitet werden mit der Möglichkeit einer Übertragung auf ähnliche Regionen (Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss 2021). Nach vier Jahren Laufzeit endete das Projekt Ende 2020. Die finalen Ergebnisse sind noch nicht verfügbar, die Evaluation wird voraussichtlich im zweiten Quartal 2021 abgeschlossen (IGiB-StimMT gGmbH 2020).

Auf der Ebene eines Landkreises in Mecklenburg-Vorpommern sollte ein großes Krankenhaus als Regionalversorger für die Organisation der regionalen Gesundheitsversorgung zur Verfügung stehen. Er vernetzt sich dabei sowohl mit den lokalen Integrierten Gesundheitszentren des Landkreises als auch mit überregional tätigen Maximalversorgern, wie es sie beispielsweise in Schwerin, Rostock, Greifswald und Neubrandenburg gibt. Über Telemedizin wird der Austausch von Know-how auf allen Ebenen der Leistungserbringer organisiert sowie zwischen Gesundheitsan-

bietern und Patienten. In seinem eigenen lokalen Umfeld übernimmt der Regionalversorger außerdem die Rolle des IGZ. Schaubild 39 skizziert das regionale Versorgungskonzept. Das Schema ist nicht in jedem Landkreis Mecklenburg-Vorpommerns passgenau. So würde im Landkreis Mecklenburgische Seenplatte das Krankenhaus in Neubrandenburg als Maximalversorger auch die Rolle des Regionalversorgers übernehmen können. Im Landkreis Ludwigslust-Parchim gibt es dagegen kein größeres Krankenhaus, sodass das Klinikum in Schwerin zusätzlich die Rolle des Regionalversorgers wahrnehmen würde.

Schaubild 39

Regionales Versorgungskonzept

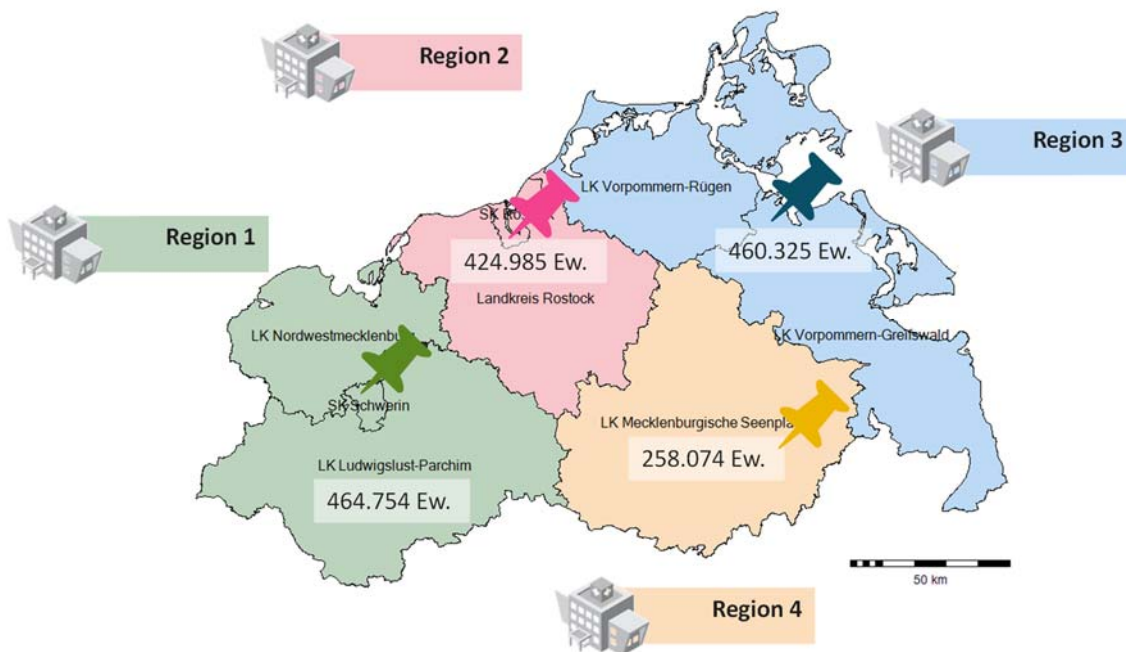


(1) Kann 1-2 Landkreise mit oder ohne kreisfreie Stadt umfassen.

Quelle: Eigene Darstellung.

Aufgrund der Besonderheiten der Landkreise und der beiden kreisfreien Städte empfehlen wir die Bildung von größeren Versorgungseinheiten entlang der vier bestehenden Planungsregionen, die besonders während der Corona-Pandemie große Bedeutung erlangten. Schaubild 40 stellt sie auf einer Karte dar. Die beiden Landkreise Nordwestmecklenburg und Ludwigslust-Parchim können zusammen mit der kreisfreien Stadt Schwerin als eine Großregion organisiert werden. Auch der Landkreis und die Stadt Rostock können stets als eine Einheit betrachtet werden. Denn gerade die kreisfreien Städte versorgen viele Patienten aus den umliegenden Landkreisen mit. Die Mecklenburgische Seenplatte bildet eine eigenständige Region. Die beiden Landkreise Vorpommern-Rügen und Vorpommern-Greifswald können ebenfalls als eine Region organisiert werden. Die Universitätsklinik Greifswald fungiert hier als überregionaler Maximalversorger für die gesamte Region Vorpommern sowie als Regionalversorger für Vorpommern-Greifswald, während das Klinikum Stralsund Regionalversorger für Vorpommern-Rügen sein kann.

Schaubild 40
Regionales Versorgungskonzept in Planungsregionen

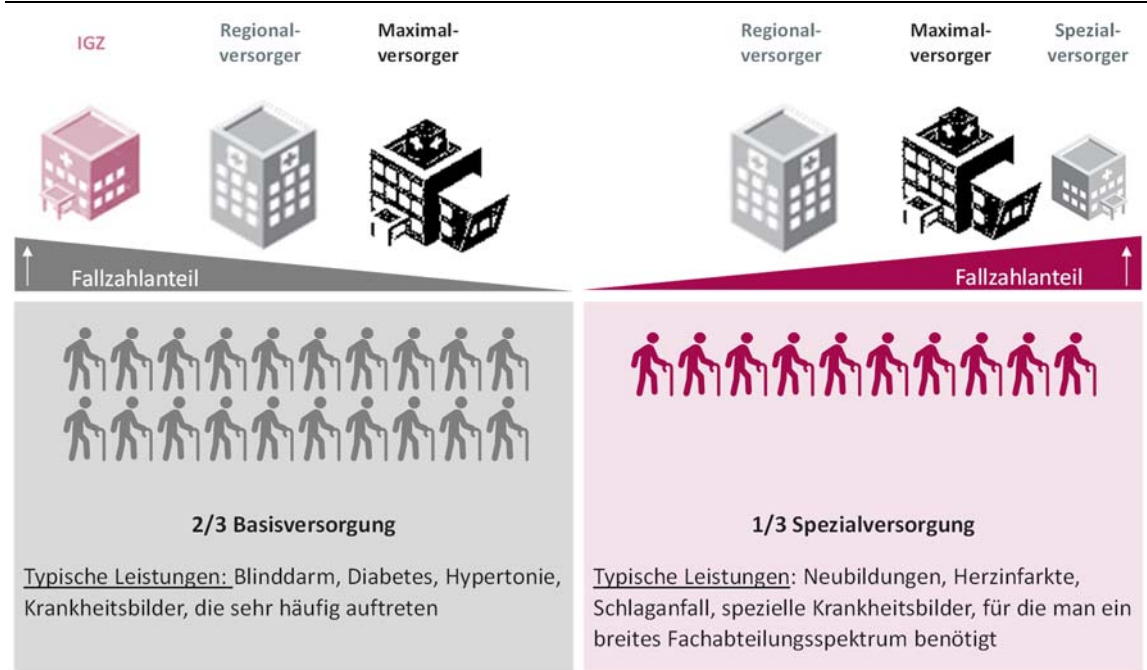


Quelle: Statistisches Bundesamt (2021b); Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit des Landes Mecklenburg-Vorpommern (2020), eigene Darstellung.

Je nach Aufgabe in der Region verteilen sich Leistungen der Basis- und Spezialversorgung unterschiedlich auf die Leistungserbringer. Wir gehen sowohl im Status quo als auch in der Prognose davon aus, dass rund zwei Drittel aller stationären Leistungen der Basisversorgung und ein Drittel der Spezialversorgung zuzurechnen sind. Ein IGZ kümmert sich praktisch nur um die stationäre Basisversorgung. Auch der Regionalversorger hat hier seinen Schwerpunkt. Dagegen deckt der Maximalversorger einen Großteil der Spezialversorgung ab – zusammen mit Fachkliniken als Spezialversorger für ausgewählte Leistungsbereiche. Schaubild 41 illustriert diese Aufteilung grafisch. Auf lange Sicht ist der solitäre Spezialversorger in Form einer Fachklinik jedoch in Frage zu stellen. Denn auch in der Spezialversorgung gewinnt die interdisziplinäre Zusammenarbeit durch die stetig fortschreitende Spezialisierung der Medizin in Kombination mit der zunehmenden Multimorbidität der Patienten weiter an Bedeutung. Eine qualitativ hochwertige Spezialversorgung wird daher immer mehr den Austausch mit anderen Disziplinen erfordern, was ein Maximalversorger besser leisten kann als eine solitäre Fachklinik.

Schaubild 41

Allokation der Basis- und Spezialversorgung



Quelle: Eigene Darstellung.

Das geschilderte Zielbild einer sektorenübergreifenden Gesundheitsversorgung insbesondere auf lokaler Ebene kombiniert mit einer lokalen, regionalen und überregionalen Koordination der Versorgung braucht entsprechende Rahmenbedingungen. So lässt sich das Zielbild nur schwer realisieren, wenn die Krankenhausplanung und die Planung der vertragsärztlichen Versorgung nicht eng miteinander verzahnt sind. Aus Patientensicht braucht es eine Bedarfsplanung aus einer Hand. Daher sollten erstens diese zwei separaten Planungsinstrumente zu einer sektorenübergreifenden Versorgungsplanung – einschließlich der Investitionsfördermittelvergabe – verbunden werden. Rückforderungen von Fördermitteln bei Umnutzung zu ambulanten Angeboten sollten dabei ausgeschlossen werden.

Wie die einzelnen Bedarfe konkret erbracht werden, sollte jedoch den Akteuren vor Ort überlassen bleiben. Dazu braucht es mittelfristig ein Vergütungssystem, das sektorenübergreifende Angebote ermöglicht und vor allem am Versorgungsziel ausgerichtet ist. Damit kann es auf der lokalen Ebene große Gestaltungsfreiheit geben, um innovative Versorgungsmodelle zuzulassen und erproben zu können – mit dem Ziel, dass sich Versorgungsmodelle mit hoher Effizienz durchsetzen. Nationale, bundesweit einheitliche Vorgaben können dagegen naturgemäß nicht gleichzeitig für große Ballungsregionen sowie für stark ländlich geprägte Region passgenau sein. Man verzichtet durch starre Regelungen zudem darauf, Struktur- und Prozessinnovationen zur Sicherung der medizinischen Versorgungsqualität zu entwickeln. Das kann auch Mindestbesetzungsvorgaben betreffen. Mit der Gestaltungsfreiheit geht ein Vertrauensvorschuss für die handelnden Akteure vor Ort einher. Bei Missbrauch sollten harte Sanktionen folgen.

Zweitens kommt dem Faktor Personal eine äußerst wichtige Bedeutung zu. So muss für eine ausreichende Menge an Fachkräften gesorgt werden, um die nötigen Leistungen erbringen zu können. Um die Attraktivität der Gesundheitsberufe zu steigern, braucht es unter anderem verstärkt neue Arbeitszeitmodelle, die in größeren Gesundheitszentren besser als in kleinen Einheiten realisiert werden können. Dies allein wird jedoch kaum reichen. Mindestens genauso wichtig ist es, eine effiziente Allokation der knappen Personalressourcen zu erreichen. So ist es nicht nur

wichtig, den Nachwuchs zu sichern, sondern ihn auch so einzusetzen, dass er sich ganz auf die Erbringung hochwertiger Medizin konzentrieren kann. Dazu braucht es Entlastungsmöglichkeiten sowie möglicherweise auch neue Berufsbilder.

Drittens wird es nicht genügen, die Gesundheitsangebote in der Region optimal zu strukturieren und zu koordinieren. Die Bevölkerung braucht auch eine gute Anbindung zu den Angeboten – nicht nur tagsüber an Werktagen, sondern auch nachts und an den Wochenenden. Der ÖV kann dies vielfach nicht leisten. Kasten 4 schildert ein Beispiel, wie es nicht laufen sollte. Es braucht flexible und effiziente Mobilitätsangebote, damit Patienten zur Gesundheitsversorgung gelangen können. Umgekehrt sollte das Angebot auch besser zu den Menschen in die Peripherie kommen, zum Beispiel über mobile Gesundheitsexperten mit telemedizinischer Anbindung an ein Gesundheitszentrum, über eine direkte digitale Anbindung des Angebots in die Wohnung des Patienten oder über ein ergänzendes telemedizinisches Angebot in der Apotheke oder Hausarztpraxis oder über Nachbarschaftshilfe am Wohnort des Patienten. Verschiedene Maßnahmen und Konzepte dazu werden im nächsten Abschnitt vorgestellt.

Kasten 4

Beispiel fehlender Mobilität

Die auf dem Land lebende 85jährige Hilde Meier hat schon seit längerer Zeit Osteoporose und nutzt zwei Gehilfen, um sich fortzubewegen. An einem winterlichen Samstag benötigt sie dringend ärztliche Hilfe wegen plötzlicher Schmerzen im Rücken. Sie hatte früher bereits mehrfach Wirbelbrüche und wendet sich an ihre Hausärztin, die auch am Wochenende für Frau Meier ein offenes Ohr hat. Der Hausärztin ist die Angelegenheit jedoch zu heikel und sie veranlasst ihre Einweisung in das nächstgelegene Krankenhaus in etwa 30 Pkw-Minuten Entfernung. Mit Hilfe eines Krankentransports erreicht Hilde Meier die Klinik, in der sie eingehend untersucht wird. Die radiologischen Befunde ergeben aber keine Hinweise auf weitere Brüche. Man vermutet lediglich Verspannungen. Damit entlässt man die Patientin aus dem Krankenhaus und sie kann wieder nach Hause gehen. Inzwischen ist es 21:00 Uhr abends und eine Rückreise mit öffentlichen Verkehrsmitteln ist nicht mehr möglich. Frau Meier fragt das Krankenhaus, ob es einen Transport organisieren könne, was verneint wird. Nunmehr ist die 85jährige Patientin auf sich allein gestellt. Verzweifelt kontaktiert sie ihre 78jährige Cousine, die 30 Minuten entfernt vom Krankenhaus wohnt und die sie schließlich mit ihrem Pkw abholt und nach Hause fährt. Dort angekommen macht sich die Cousine gegen Mitternacht noch etwa eine Stunde auf den Weg zu sich nach Hause.

Zu ähnlichen Überlegungen und Erkenntnissen kommt die Enquête-Kommission in Niedersachsen in ihrem Abschlussbericht vom 22.02.2021. Die Kommission war zwischen Januar 2019 und Februar 2021 tätig und hat sich im Laufe von 64 Sitzungen intensiv mit den Herausforderungen in der Gesundheitsversorgung befasst (Enquête-Kommission Niedersachsen 2021). Ihre Arbeit bestätigt, dass in vielen Bereichen der medizinischen Versorgung ein grundlegender Wandel dringend erforderlich ist. Die Enquête-Kommission hat wichtige Themen der Gesundheitsversorgung adressiert, darunter die ländliche Versorgung, die Art der Krankenhausplanung, den Fachkräftebedarf, die Art der Notfallversorgung, Vergütungssysteme und den Digitalisierungsgrad. Dazu hat die Kommission zahlreiche Impulse und Lösungsansätze entwickelt. Handlungsempfehlungen der Enquête-Kommission finden sich im nächsten Kapitel.

7. Handlungsempfehlungen

Im Folgenden sollen aus dem Zielbild Handlungsempfehlungen abgeleitet werden. Dabei fließen auch Erkenntnisse aus Gesprächen mit einzelnen Akteuren der Gesundheitsversorgung des Landes Mecklenburg-Vorpommern ein. Die Empfehlungen bzw. Maßnahmen richten sich an unterschiedliche Adressaten. Manche Maßnahmen können entweder selbst durch das Land Mecklenburg-Vorpommern oder durch die Leistungserbringer bzw. Kostenträger vor Ort umgesetzt werden. Andere dagegen können nur über Anpassungen auf der Bundesebene realisiert werden, jedoch über das Land an den Bund herangetragen werden.

Die Maßnahmen sollten durch eine Kommunikationsoffensive vorbereitet und begleitet werden. Da in den nächsten Jahren mit einschneidenden Veränderungen zu rechnen ist, sollte das Land seine Bürger darüber rechtzeitig informieren. Die Veränderungen werden durch eine relative Verknappung der Ressourcen insbesondere in ländlichen Regionen getrieben. Anders als bei der Corona-Pandemie, bei der eine sofortige Verknappung wichtiger Gesundheitsangebote zu befürchten war, findet der anstehende demografisch, technologisch und medizinisch bedingte Wandel in einem längeren Zeitraum statt und kann daher aktiv gestaltet werden. Auch wenn er zu schwierigen Herausforderungen führt, können ihm auch positive Aspekte abgewonnen werden. Das Land sollte die Bevölkerung dabei von Anfang an mitnehmen und mit Hilfe einer Kommunikationsoffensive der Bevölkerung die gegenwärtige Lage und Handlungsbedarfe im Gesundheitswesen sowie die damit verbundenen Chancen und Risiken verständlich machen.

7.1. Krankenhausversorgung

In vielen Regionen Deutschlands sind die bestehenden Krankenhausstrukturen nicht optimal. Sie sind oft kleinteilig und sowohl unter wirtschaftlichen als auch medizinischen Gesichtspunkten verbesserungswürdig. Eine stärkere Zentralisierung und Schwerpunktbildung der Krankenhausversorgung würde zu größeren Fallzahlen in den einzelnen Kliniken führen, womit die medizinische Qualität gesteigert und die Vorhaltekosten einfacher refinanziert werden könnten (Augurzky et al. 2020), Erreichbarkeiten würden sich dagegen verlängern. Allerdings zeigen die Steckbriefe zu den Regionen Mecklenburg-Vorpommerns sowie der außerordentlich hohe Anteil an Sicherstellungszuschlägen für die Krankenhäuser, dass das Potenzial zur Strukturoptimierung in diesem Bundesland nur noch gering ist. Bezogen auf die Fläche gibt es in Mecklenburg-Vorpommern am wenigsten Krankenhausstandorte im bundesweiten Vergleich. Dagegen weist Mecklenburg-Vorpommern im OECD-weiten Vergleich noch eine hohe Dichte auf.

Der Druck zu weiterer Zentralisierung dürfte aber weniger von den wirtschaftlichen Erfordernissen getrieben sein – Sicherstellungszuschläge könnten im Zweifel erhöht werden. Vielmehr dürfte es die weiter anhaltende Ausdifferenzierung der Medizin in Spezialgebiete immer schwieriger machen, das gesamte Spektrum der Medizin flächendeckend anbieten zu können. Ein medizinisches Gebiet, das früher ein Arzt allein ausfüllen konnte, könnten künftig zwei oder mehr Ärzte, die jeweils auf Teilgebiete dieses Fachs spezialisiert sind, ausfüllen müssen. Dies wird nicht an jedem Standort möglich sein. Erschwerend kommt hinzu, dass die Menge an qualifizierten Fachkräften knapper wird und ihre Bereitschaft, sich weitab von größeren Zentren zu engagieren, eingeschränkt ist. Insofern dürften es die personellen und medizinischen Veränderungen sein, die den Druck zu weiterer Zentralisierung erhöhen.

Wir empfehlen daher, wo immer möglich, gesellschaftsrechtliche Zusammenschlüsse anzustreben oder zumindest trägerübergreifende Kooperationen zu suchen. Letztere sind aus Erfahrung aber häufig nicht nachhaltig belastbar, weil Eigeninteressen der jeweiligen Gesellschaften in einer Wettbewerbssituation immer überwiegen müssen und selten der Nutzengewinn für alle

Beteiligten vergleichbar hoch ist. Eine Krankenhausplanung kombiniert mit Vergütungsanreizen könnte dem gegebenenfalls entgegenwirken. Lokal und regional könnten auf diese Weise Cluster mit abgestimmten Versorgungsangeboten gebildet werden. Die Steckbriefe der Regionen zeigen bereits gute Ansatzpunkte. Beispielsweise sind in einigen Regionen die Fachabteilungsstrukturen gut abgestimmt und es finden sich nur wenige Redundanzen, die hinterfragt werden könnten. In nahezu allen Regionen finden sich Krankenhäuser, die sich aufgrund ihrer Größe und Lage als Gesundheitszentrum eignen könnten. Nur sehr vereinzelt stellt sich die Frage, ob ein Krankenhaus an dem jetzigen Standort langfristig erforderlich sein wird. Bei hochspezialisierten Fachkliniken wird sich die Frage stellen, ob ggf. sogar eine trägerübergreifende Integration ermöglicht werden kann. Auch auf überregionaler Ebene sind Kooperationen nötig, um Spezialangebote landesweit abzustimmen. Eine engere Zusammenarbeit der beiden Universitätskliniken des Landes könnte darüber hinaus Synergien in den patientenfernen Bereichen sowie in der Forschung und Lehre realisieren.

Gemäß dem in Schaubild 39 und Schaubild 40 skizzierten Versorgungskonzept bräuchte es in einer Region eine stärkere Koordination der Leistungserbringer, mindestens im stationären Bereich. Die Krankenhausplanung des Landes sollte dazu die während der Corona-Pandemie erfolgreiche Koordination der definierten Planungsregionen verstetigen und für die Versorgungsangebote eine klare Zuordnung zu den drei Kategorien vornehmen: (i) Grundversorgung (kombiniert mit IGZ), (ii) Regionalversorger und (iii) Maximalversorger. Das Land hat bereits in der Krankenhausplanung krankheitsbildbezogene Zuständigkeiten definiert. Dies kann und sollte entsprechend ausgebaut und weiter differenziert werden. Einzelne Leistungen wären den verschiedenen Versorgungskategorien zuzuordnen. Auch die Vergabe von Investitionsfördermitteln sollte sich am Zielbild orientieren. Damit sollten zum Beispiel Kooperationen, verbunden mit einer Abstimmung der Leistungsportfolien innerhalb der Regionen mit entsprechendem Nachdruck gefördert werden. Zielgröße für das Fördermittelvolumen sollten 8% des Krankenhausumsatzes sein. Zusätzlich kann der Strukturfonds Zusammenschlüsse fördern – seit Januar 2021 ohne kartellrechtliche Schwierigkeiten, wenn mit der Fusion eine Strukturoptimierung im Sinne des Strukturfonds erreicht wird.

7.2. Ambulante und sektorenübergreifende Versorgung

In der ambulanten Versorgung sollten ebenfalls größere Einheiten gebildet werden – gerade auch in ländlichen Gebieten. Dort können Arztpraxen schwerer wieder besetzt werden als in städtischen Gebieten und es braucht für niedergelassene Ärzte attraktive Arbeitsmodelle. Ambulante Gesundheitszentren nach dem im vorigen Kapitel geschilderten finnischen Modell könnten sowohl für Haus- als auch Fachärzte eine interessante Option sein. Nicht nur lassen sich auf diese Weise Dienste besser auf mehrere Schultern verteilen und Teilzeittätigkeiten realisieren. Die Zentren würden den Ärzten durch Bündelungen der administrativen Tätigkeiten auch eher erlauben, sich auf die Patientenbehandlung zu konzentrieren, wobei sie große Unterstützung von Pflegeexperten erhielten.

Die ambulanten Gesundheitszentren sollten außerdem eng mit den Hausärzten in der Peripherie und besonders mit mobilen Pflegeexperten zusammenarbeiten, um die Fläche insgesamt gut zu versorgen. Wir regen außerdem an, „immobiler“ Pflegeexperten mit einer kleinen Praxis oder Apotheken mit einem zusätzlichen Untersuchungsraum in Erwägung zu ziehen („Apotheke plus“), wenn eine breite landärztliche Primärversorgung nicht aufrechterhalten werden kann (siehe weiter unten). Über Telemedizin würde jeweils der Austausch mit den ambulanten Gesundheitszentren erfolgen können.

Eine jeweils separate sektorenspezifische Optimierung der Versorgungsstrukturen wird in vielen Regionen Mecklenburg-Vorpommerns aber nicht genügen, um eine flächendeckende Versorgung aufrecht zu erhalten. Es braucht eine engere Verzahnung der stationären und ambulanten Angebote. Ein Vehikel dafür ist das Integrierte Gesundheitszentrum als Erweiterung des ambulanten Gesundheitszentrums. Kleine Krankenhäuser der Grundversorgung würden damit zu einem untrennbaren Teil der Gesundheitszentren. Das IGZ übernimmt außerdem eine stärkere Rolle in der Koordination der lokalen Versorgung und arbeitet eng mit weiteren Gesundheitsanbietern, insbesondere mit Case Managern, mit der Altenhilfe und mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst zusammen. Dabei kümmert sich das IGZ verstärkt um Prävention und ist darauf ausgerichtet, bisherige ambulant-sensitive Krankenhausfälle ambulant zu erbringen. Um den Gedanken der Prävention und Ambulantisierung fest im IGZ zu verankern, braucht es ein dafür passendes Vergütungssystem. Dies ist eine Aufgabe, die auf Bundesebene angegangen werden muss, die aber durch Modellprojekte des Landes und der Kostenträger vor Ort angestoßen und erprobt werden kann.

Wie im vorigen Kapitel dargelegt, könnten auch Rehabilitationskliniken die fachärztliche und hausärztliche ambulante Versorgung in den Gesundheitszentren unterstützen. Besonders in Zeiten der touristischen Hochsaison können sie saisonale Lücken in der Versorgung schließen.

Das Integrierte Gesundheitszentrum ermöglicht, die fachärztliche Versorgung, die bislang im ambulanten und stationären Sektor getrennt erfolgt, mittelfristig zusammenzubringen. Der Prozess des Zusammenwachsens wird aus wirtschaftlichen Erwägungen heraus vorangetrieben, aber mindestens genauso stark durch die sich wandelnden Präferenzen des ärztlichen Nachwuchses, der weniger als früher bereit ist, unternehmerische Risiken zu tragen. Im IGZ können die Infrastruktur und Gerätschaften für die ambulante und stationäre Versorgung gemeinsam genutzt werden. Um diesen Prozess zu unterstützen, sollten Hürden für die Übernahme von ambulanten Leistungen durch Krankenhäuser abgebaut werden und KV-Ermächtigungen nicht an einzelne Personen, sondern an den Betrieb des Krankenhauses bzw. des IGZ gebunden sein, solange das Krankenhaus über die entsprechenden Qualifikationen verfügt. Die Entscheidungen dazu sollten ohne Einfluss von Eigeninteressen neutral getroffen werden. Zudem sollte ein IGZ stets Kurzzeitpflege anbieten, entweder in Eigenregie oder in Kooperation mit einem Pflegeanbieter. Wichtig ist, dass für die Patienten der Übergang vom Krankenhaus in die Kurzzeitpflege nahtlos erfolgt.²⁰ Sie dürfen keine Friktionen an dieser Schnittstelle erfahren. Das IGZ bzw. Krankenhäuser im Allgemeinen müssen dazu Verträge nach SGB XI mit der Pflegeversicherung schließen können. Auch muss die ärztliche Betreuung der Patienten in der Kurzzeitpflege aus dem IGZ oder Krankenhaus heraus organisiert werden können.

7.3. Rettungswesen, Notfallversorgung und Sicherstellung

Je stärker zentralisiert eine Krankenhausstruktur ist, desto mehr muss das Rettungswesen entsprechend ausgerichtet und professionalisiert sein. Damit Dänemark die Krankenhausversorgung in so genannten Superkrankenhäusern zentralisieren konnte, war dies unabdingbar (Augurzky et al. 2015). Zwar ist davon auszugehen, dass Mecklenburg-Vorpommern nicht den hohen Grad an Zentralisierung wie Dänemark erreichen wird, weil dazu neben der Akzeptanz in der Bevölkerung auch hohe Investitionen nötig wären. Dennoch sind im Notfall schon heute teilweise längere

²⁰ In der Praxis werden Überleitungen vom Krankenhaus in die Kurzzeitpflege teilweise dadurch erschwert, dass die Zuzahlung pro Tag in der Kurzzeitpflege höher ist als im Krankenhaus. Hier wäre eine Angleichung zu prüfen, da insbesondere bei der Kurzzeitpflege im Krankenhaus für Patienten und Angehörige die unterschiedliche finanzielle Beteiligung nicht nachvollziehbar ist.

Strecken zum geeigneten Krankenhaus zurückzulegen. Dabei zählt jedoch nicht primär die Zeit, um vom Ort des Notfalls zum geeigneten Krankenhaus zu gelangen, sondern vielmehr die Zeit bis zur Einleitung der ersten Behandlungsschritte. Dazu muss das Krankenhaus, das den Notfall aufnimmt, bereits bei Ankunft des Rettungswagens für den Patienten vorbereitet sein. Außerdem sollten im Rettungswagen erste wichtige Schritte durch den Notarzt oder entsprechend ausgebildete Rettungssanitäter unternommen werden können. Insbesondere braucht es eine stabile und von Anfang an bestehende telemedizinische Anbindung zum anzusteuern Krankenhaus. Ein Beispiel aus der Praxis ist das so genannte Stroke-Einsatzmobil, das bei Schlaganfallpatienten bereits am Einsatzort bzw. während der Fahrt Diagnostik- und Therapiemaßnahmen ermöglicht. Über die telemedizinische Anbindung an Kliniken liegen bereits vor Eintreffen relevante Informationen vor.

Außerdem dürfen Rettungsfahrzeuge nicht an Landkreisgrenzen Halt machen. Zur Optimierung der Wegstrecken und für eine effiziente Allokation der Behandlungskapazitäten ist eine landkreisübergreifende Abstimmung sowie eine Koordination mit den Regionalversorgern nötig. Idealerweise gibt es einen landesweiten Standard. Dazu müssen Daten über freie Kapazitäten in Krankenhäusern sowie persönliche Daten über den Notfallpatienten in Echtzeit vorliegen und ausgetauscht werden. Die elektronische Patientenakte spielt dabei eine zentrale Rolle.

Grundsätzlich sollte die Notfallversorgung sektorenübergreifend erfolgen, zumindest aber gebündelt in einem ambulanten Gesundheitszentrum. Das IGZ und größere Krankenhäuser können die natürlichen Anlaufstellen für ambulante und stationäre Notfälle sein. Aufgrund ihrer Größe können sie die Notfalldienste einfacher besetzen und koordinieren und im Zweifel mehrere Fachdisziplinen vorhalten und in Rufbereitschaft haben. Durch eine sektorenübergreifende, interdisziplinäre Zusammenarbeit basierend auf gemeinsamen Standards und gute gerätetechnische Ausstattung können so ggf. Krankenhausaufenthalte verhindert werden.

Mecklenburg-Vorpommern verfügt über mehrere kleine Krankenhausstandorte der Grundversorgung, die aufgrund ihrer geringen Fallzahl Schwierigkeiten haben, ihre Kosten zu decken. Da die stationären Fallzahlen in den kommenden Jahren nach heutigen Kenntnissen sinken dürften, wird dies noch schwerer werden. Aus wirtschaftlichen Gründen würden daher nicht alle Standorte aus eigener Kraft überleben können. Wie die Regionen-Steckbriefe gezeigt haben, kann aber nur auf wenige Krankenhäuser verzichtet werden, außer es besteht die Möglichkeit, die dann größeren Distanzen trotzdem gut zu überbrücken. Viele Häuser erhalten daher schon heute einen pauschalen Sicherstellungszuschlag in Höhe von 400.000 Euro jährlich.

Diese Pauschale differenziert jedoch nicht nach dem vorgehaltenen Leistungsportfolio des Krankenhauses und nimmt nicht das Fallpotenzial in seinem Einzugsgebiet in Betracht. Sicherstellungszuschläge sollten die krankenhausesindividuellen Besonderheiten berücksichtigen und entsprechend differenziert werden. Eine leichte Differenzierung im Intervall 400.000 bis 800.000 Euro wurde 2021 eingeführt. Sie dürfte jedoch nicht für jedes betroffene Haus ausreichend sein. Der Gewährung eines krankenhausesindividuellen Sicherstellungszuschlags muss jedoch eine strenge Prüfung vorausgehen, welche Fachabteilungen für die Versorgungssicherheit notwendig sind. Dazu muss das Land eindeutige Erreichbarkeitsanforderungen festlegen, differenziert nach Basis- und Spezial. Beispielsweise sollten Leistungen der Basisversorgung unseres Erachtens in 30 bis 40 Minuten für die Bevölkerung erreichbar sein und Leistungen der Spezialversorgung in 45 bis 60 Minuten. Hochkomplexe universitäre Leistungen sind davon auszunehmen. Für die Notfallversorgung sollten auch die Möglichkeiten der Luftrettung in die Überlegungen einbezogen werden, wenn ansonsten kurze Fahrzeiten nicht mehr erreicht werden können. Luftrettung ist zwar teuer, kann aber in der Gesamtbetrachtung trotzdem günstiger sein als die Vorhaltung eines

ganzen Krankenhauses mit geringer Auslastung und eine qualitativ hochwertige Versorgung fördern.

Der Exkurs zur Gynäkologie und Geburtshilfe in Kapitel 3 zeigt, dass viele der Standorte bereits heute kritische Größen aufweisen. Bezogen auf gynäkologische Leistungen werden viele Leistungen auch ambulant abbildbar sein und könnten gut über die IGZ und ambulanten Gesundheitszentren angeboten werden. Die Geburtshilfe sollte in einem Netzwerk organisiert und bewusst unter Inkaufnahme weiterer Strecken so zentralisiert werden, dass vorbereitende Angebote wohnortnah zur Verfügung stehen, die eigentliche Geburt aber in größeren Zentren stattfindet. Hebammen, die bereits heute häufig sektorenübergreifend arbeiten, wären eine zentrale Säule in dem Netzwerk.

7.4. Versorgungsplanung

Die Weiterentwicklung der Krankenhausplanung ist eine wichtige Maßnahme zur Realisierung der Regionalstruktur des Zielbilds. Sie wird aber nicht genügen, wenn auch der sektorenübergreifende Ansatz in Form der IGZ umgesetzt und grundsätzlich eine patientenorientierte Gesundheitsversorgung erreicht werden soll. Dazu braucht es eine sektorenübergreifende Versorgungsplanung, die die Versorgungsbedarfe der Bevölkerung für die einzelnen Regionen identifiziert, für die Anbieter an den Bedarfen orientierte Zielvorgaben macht und einen Ordnungsrahmen vorgibt, innerhalb dessen die Anbieter Gestaltungsfreiheit besitzen. Die Bedarfe sind breit zu fassen und umfassen die allgemeinmedizinische Versorgung mit pflegerischer und therapeutischer Unterstützung, sämtliche medizinische Leistungsfelder und im Besonderen die Altersmedizin mit Schnittstellen zur Altenpflege, das Rettungswesen, den Öffentlichen Gesundheitsdienst und Prävention. Bei der Erstellung des Versorgungsplans sind die relevanten Stakeholder einzubinden: das Land und die Landkreise mit dem ÖGD, die Krankenhausgesellschaft, die Kassenärztliche Vereinigung, die Krankenversicherungen und Patientenvertreter.

Die Bedarfsprognosen im Versorgungsplan sollten langfristig ausgelegt sein, weil daran auch weitreichende Investitionsentscheidungen zu knüpfen sind. Der Plan sollte die wichtigsten Bedarfe für jede Region nennen und Ziele vorgeben. Bei Investitionen in Neu- und Umbauten sollte jedoch eine flexible Bauweise gewählt werden, um Entwicklungen hinsichtlich der Ambulantisierung und Digitalisierung im Laufe der Zeit abbilden zu können. Für Regionen, die absehbar bei der Bedarfsdeckung große Schwierigkeiten bekommen werden, sollten Ausnahmeregelungen erteilt werden können, zum Beispiel hinsichtlich des KV-Zulassungsrechts. Generell sollte der Versorgungsplan den Akteuren vor Ort viel Gestaltungsfreiheit bei der Art, die Bedarfe zu decken, lassen. Um kein „zahnloser Tiger“ zu sein, sollte auch das Vergütungsmodell so gestaltet werden, dass es die Zielerreichung honoriert, aber Freiheit dabei lässt, auf welche Art und Weise die Ziele erreicht werden. Dies würde gleichzeitig einen Beitrag dazu leisten, Bürokratie abzubauen, was in Zeiten des Fachkräftemangels eine große Entlastung wäre. Ebenso sollten die Investitionsfördermittel mit dem Versorgungsplan verknüpft werden. Dies bedeutet, dass auch nicht-stationäre Versorgungsangebote Fördermittel erhalten können.

7.5. Modellprojekte

Ein zentraler Baustein zur Umsetzung einer sektorenübergreifenden Versorgung ist ein sektorenübergreifendes Vergütungsmodell. Denn kein Leistungserbringer kann auf lange Sicht gegen seine, über das Vergütungsmodell definierten Interessen arbeiten. Auf der Bundesebene braucht es daher Anpassungen an den bestehenden stationären und ambulanten Vergütungssystemen. Weiter unten wird dieses Thema aufgegriffen. Allerdings sollte dieser mühevollen Weg über Veränderungen auf der Bundesebene nicht davon abhalten, trotzdem im Land über Modellprojekte

aktiv zu werden. Über den Innovationsfonds wurden bereits zahlreiche Projekte angestoßen und manche davon positiv evaluiert. Viele solcher erfolgreicher Projekte müssen jedoch nach Beendigung der Förderung durch den Innovationsfonds ihre Arbeit einstellen, weil ihnen die Mittel fehlen, um den anstehenden Weg in die Regelversorgung finanzieren zu können.

Regionalbudgets könnten die ganzheitliche, sektorenübergreifende Versorgung fördern. In der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung gibt es mehrere solcher Regionalbudgets, die es den Leistungserbringern überlassen, ob die Versorgung stationär oder ambulant oder präventiv erfolgt. Beispiele sind Modellprojekte in Hanau, Itzehoe und Hamm. Assheuer et al. (2020) evaluieren ein solches Modell in Hamm und kommen zu positiven Ergebnissen. Oft laufen diese Modellprojekte über § 64b SGB V. In der Somatik existieren bisher keine expliziten Regelungen analog zu § 64b SGB V, aber § 63 und § 64 SGB V erlauben „Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Vergütungsformen“. Dabei sind Abweichung vom KHG und dem KHEntgG möglich, insbesondere wenn Einsparungen Mehraufwendungen ausgleichen.

Wenn alle Kassen sich beteiligen, ist ein einheitlicher Finanzierungsmodus vorgesehen. Eine Einschreibung der Patienten ist nicht erforderlich. Dies ist anders bei Modellen nach § 140a SGB V, für die eine vorige Einwilligung der Patienten nötig ist. Ein Regionalbudget lebt jedoch davon, dass die Verantwortung für eine gesamte Region übernommen wird. Würde nur ein Teil der Krankenkassen oder nur ein Teil ihrer Mitglieder teilnehmen, würde eine große Komplexität aufgrund paralleler Systeme entstehen. Darüber hinaus muss gewährleistet werden, dass die Krankenkassen Leistungen, die unter ein Regionalbudget fallen, nicht doppelt bezahlen. Dazu müssen die vertragsärztlichen Vergütungsbestandteile des Regionalbudgets aus dem KV-Gesamtbudget abgezogen werden.

Für Mecklenburg-Vorpommern empfehlen wir, ein Modellprojekt „Regionalbudget“ in einem Landkreis zu erproben, der überdurchschnittlich große Schwierigkeiten bekommen wird, die Gesundheitsversorgung flächendeckend und auf qualitativ hohem Niveau zu halten. In Frage kämen dafür z.B. die Mecklenburgische Seenplatte oder Vorpommern-Greifswald. Sollte ein sektorenübergreifendes Regionalbudget im ersten Schritt nicht möglich sein, könnte auch ein Budgetansatz für ausgewählte Krankenhäuser eine Option sein. Ziel ist die Unterstützung der Ambulantisierung von Leistungen und die Stärkung der Prävention. Dies könnte über eine zeitlich befristete Budgetgarantie für ein Krankenhaus geschehen, die ihm die Möglichkeit gibt, frei entscheiden zu können, wie eine Behandlung durchgeführt wird, sei es stationär oder ambulant.

7.6. Altenhilfe und Wohnen

Altersmedizin hat bereits in den vergangenen Jahren an Bedeutung gewonnen und sie wird in den kommenden Jahren einen weiteren starken Bedeutungszuwachs erfahren. Unter einer sektorenübergreifenden Versorgung darf daher nicht nur die Überwindung der Sektorengrenze zwischen ambulant und stationär verstanden werden. Es muss auch darum gehen, die Altenpflege enger mit der medizinischen Versorgung zu verknüpfen. Beispielsweise muss es einen aus Patientensicht nahtlosen Übergang von einem Krankenhausaufenthalt zur Kurzzeitpflege geben. Ein IGZ oder ein Krankenhaus sollte zu diesem Zweck entsprechende Verträge mit der Pflegeversicherung schließen und im oder am Krankenhaus Kurzzeitpflege anbieten können. Insbesondere sollte das IGZ eng mit Pflegediensten und Pflegeheimen zusammenarbeiten. Als lokaler Koordinator der Gesundheitsversorgung gehören zu den Aufgaben des IGZ auch Kooperationen mit Angeboten des betreuten Wohnens. Ein weiteres Ziel sollte die Vermeidung oder Verzögerung von Pflege nach SGB XI bzw. einer Verschlechterung des Pflegegrads sein. Hierzu ist „Reha vor Pflege“ zu stärken, die wohnortnah in einem Gesundheitszentrum in Form ambulanter Rehabilitation und über die Rehabilitationskliniken erbracht werden kann.

Eine wichtige Aufgabe der künftigen Gesundheitsversorgung wird sein, medizinische Angebote an den Wohnort von hochbetagten hilfsbedürftigen Menschen zu bringen. Dazu braucht es Mobilitätsangebote. Eine zusätzliche Maßnahme könnte sein, älteren Menschen rechtzeitig ein Angebot zu machen, ihre bisherige Wohnung in der Peripherie aufzugeben und im Gegenzug eine altersgerechte und ggf. betreute Wohnung in einem lokalen Zentrum zu beziehen. Es muss dabei nicht um einen Umzug in eine größere Stadt gehen. Es wäre ausreichend, wenn in einem größeren Dorf eine Immobilie mit betreuten Wohnungen zur Verfügung stünde. Durch eine solche Zentralisierung des Wohnens ließen sich Gesundheits- und Pflegeangebote wirtschaftlicher und zu höherer Qualität erbringen. Dem stehen allerdings die Kosten des Umzugs und die Aufgabe des bisherigen sozialen Umfelds gegenüber. Typischerweise sind die Immobilienpreise von Altbauten in kleinen Dörfern der Peripherie niedriger als Neubauten in größeren Dörfern. Durch die bessere und günstiger zu erbringende Versorgung könnte sich eine solche Veränderung trotzdem lohnen. Um die Kostenvorteile auf der gesellschaftlichen Ebene zu realisieren und die Kostennachteile auf der individuellen Ebene auszugleichen, wird dieses Modell öffentliche Gelder benötigen, um die Umzugskosten der älteren Menschen mitzufinanzieren.

7.7. Mobilität und Nähe

Der Ausbau der Mobilität kombiniert mit innovativen Angeboten für einfachere Gesundheitsleistungen ist ein wesentlicher Schritt, um die breite Gesundheitsversorgung in Mecklenburg-Vorpommern flächendeckend aufrecht erhalten zu können. Um das Angebot an und die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen zusammenzubringen, sind verschiedene Ansätze möglich, die sich auch ergänzen können. So kann eine ärztliche Grundversorgung zu den Patienten unter Nutzung moderner Technologie gebracht oder es können durch flexible Mobilitätsangebote Patienten zur Gesundheitsversorgung transportiert werden. Dabei ist zu berücksichtigen, dass nicht alle Patienten mit moderner Technologie vertraut sind und daher eine direkte Ansprechperson benötigen.

Ein wichtiger Baustein sind mobile Gesundheits- und Pflegeexperten, die Patienten persönlich aufsuchen und bei Bedarf von medizinischer Expertise eine telemedizinische Verbindung zu einer geeigneten Arztpraxis, einem Gesundheitszentrum oder zu einem größeren Krankenhaus herstellen. Mobile Experten können gezielt Hausbesuche durchführen oder zum Beispiel in einem wöchentlichen Rhythmus verschiedene Dörfer aufsuchen und in geeigneten Räumlichkeiten oder einem „Gesundheitsbus“ mit guter Internetverbindung Sprechstunden anbieten. Dabei sollte gewährleistet sein, dass ein festes Team an mobilen Experten zur Verfügung steht und damit eine Vertrauensbasis zu den Patienten aufgebaut werden kann. Je nach Größe des Einzugsgebiets könnte auch eine feste Praxis einer Pflegefachperson sinnvoll sein, die wie die mobilen Pflegeexperten in (telemedizinischer) Verbindung zu einem Gesundheitszentrum steht. Für klar definierte Fälle sollte zudem erwogen werden, dass sie Rezepte ausstellen kann.

Räumlichkeiten mit telemedizinischer Anbindung für die primärärztliche Versorgung könnten auch in Apotheken bereitgestellt werden. Apotheken verfügen meist noch über eine gute Flächenabdeckung und könnten daher wohnortnahe Angebote erbringen. Eine regelmäßig anwesende Assistenzkraft würde Patienten in einem separaten Raum innerhalb der Apotheke empfangen, einfache Untersuchungen vornehmen und über eine telemedizinische Verbindung im Bedarfsfall einen Arztkontakt herstellen. Patienten bräuchten dafür insbesondere keine Expertise in der Nutzung von digitalen Instrumenten. Diese Form der „Apotheke plus“ würde außerdem Apotheken, die möglicherweise wegen eines lokalen Bevölkerungsrückgangs ebenfalls mit wirtschaftlichen Schwierigkeiten zu kämpfen haben, zusätzliche Erlöspotenziale bieten und einen Beitrag zur Stabilisierung der Arzneimittelversorgung in der Fläche leisten.

Für digital versierte Patienten sollten zusätzlich zu diesen Angeboten Möglichkeiten geschaffen werden, direkt über Video und Apps in Kontakt zu medizinischer und pflegerischer Expertise zu treten. Die Bereitschaft, auf diese Weise Kontakt aufzubauen, hat während der Corona-Pandemie stark zugenommen. Dies setzt jedoch bedienerfreundliche Anwendungen voraus und ein gut funktionierendes Internet auch auf dem Land. Zusätzlich können persönliche Einweisungen stattfinden, gerade für chronisch kranke Menschen mit wiederkehrenden Bedarfen – zum Beispiel durch die oben genannten mobilen Gesundheitsexperten und in der „Apotheke plus“. Aber auch eine gut organisierte Nachbarschaftshilfe sollte in Erwägung gezogen werden.

Eine wesentliche Forderung zur Aufrechterhaltung der Gesundheitsversorgung in ländlichen Gebieten ist der Ausbau des Internets bzw. eine zügige und flächendeckende Einführung des 5G-Standards im Mobilfunkbereich. Darüber hinaus sollte es keine Denkverbote beim Einsatz von moderner Technologie geben. Es wird auch Orte geben, die nicht mehr wirtschaftlich mit einer Apotheke vollversorgt werden können. In solchen Orten könnte die Arzneimittelausgabe durch Automaten erfolgen. Beispiele dafür gibt es (Rohrer 2020, Verwaltungsgericht Karlsruhe 2019, Wesser 2019). Zusätzlich oder alternativ kann der Versandhandel von Arzneimitteln ausgebaut werden. Denkbar ist auch die Lieferung mit Drohnen, die in ländlich geprägten Regionen auf weit weniger Hindernisse stoßen als in Ballungsgebieten mit sehr hohen Restriktionen im Flugverkehr.

Für komplexe Gesundheitsleistungen muss der Patient ein Gesundheitszentrum oder ein Krankenhaus persönlich aufsuchen. Da die Anbindung des ÖV in einigen Regionen ungünstig ist und nur unter hohen Kosten verbessert werden kann, braucht es zusätzliche und weniger kostenintensive Mobilitätsangebote. Eine naheliegende Option sind Sammeltaxis, die mehrere Patienten gezielt aufsammeln und Gesundheitszentren in der Region anfahren. Zur besseren Auslastung könnten sie auch andere Ziele ansteuern. Die Taxifahrt könnte nach gewissen Regeln, zum Beispiel bei ärztlicher Verordnung, von der Krankenkasse (teil-)finanziert werden. Eine weitere Option ist der Rufbus als quasi „größeres“ Sammeltaxi. Er würde gezielt Arztsitze, Gesundheitszentren und Krankenhäuser anfahren, die als eine Art virtuelle Haltestellen dienen. Der Fahrplan ist dabei getaktet, aber ohne feste Route und die Bestellung erfolgt per App. Ferner sollte auch künftig mögliches autonomes Fahren heute schon mitgedacht werden.

Im Landkreis Ludwigslust-Parchim gibt es das Angebot eines Rufbusses, das auch auf andere Landkreise übertragbar wäre. Erste Schätzungen kommen dafür auf Kosten von etwa fünf Millionen Euro jährlich für ganz Mecklenburg-Vorpommern. Darüber hinaus sind Patientenpensionen an Regional- und Maximalversorgern zu empfehlen, die genutzt werden können, falls eine Hin- oder Rückreise zum Krankenhaus am selben Tag nicht mehr möglich ist oder eine abermalige Anreise am Folgetag per Taxi teurer wäre. Wie das Sammeltaxi könnte es die Pension auch nach ärztlicher Verordnung geben. Um Anreize für Patienten zu schaffen, kostengünstige Angebote zu wählen, sollten Gutscheinlösungen in Erwägung gezogen werden, die die Mobilitätskosten bis zu einem definierten Höchstbetrag übernehmen.

Des Weiteren wird regional auch die direkte Anbindung verschiedener Gesundheitsstandorte zu thematisieren sein. Aufgrund der beschriebenen zunehmenden Spezialisierung der Medizin in Kombination mit dem Fachkräftemangel werden insbesondere außerhalb der regulären Betriebszeiten Lösungen gefunden werden müssen, die Patientenversorgung unter Hinzuziehung der erforderlichen Qualifikation zu sichern.

7.8. Digitalisierung

Wie erwähnt, ist ein gut funktionierendes Internet in der breiten Fläche eine unverzichtbare Voraussetzung dafür, dass medizinische Expertise aus den Zentren in digitaler Form in die Fläche

gelangen kann. Grundsätzlich sollten Leistungen, wo immer möglich, digital erbracht werden, um die Ressourcen in der ambulanten und ggf. sogar stationären Versorgung zu schonen, womit der Grundsatz „digital vor ambulant vor stationär“ gelebt werden kann. Beispielsweise ist damit über Distanz die Kontrolle von Wunden effizienter und unkomplizierter möglich. Eine weitere wichtige Voraussetzung ist die bundesweit standardisierte elektronische Patientenakte (ePA). Sie gewährleistet, dass stets alle relevanten Gesundheitsdaten vorliegen, nicht verloren gehen und unnötige Doppeluntersuchungen entfallen. Die Auswertung von Befunden kann außerdem im Abgleich mit vielen anderen Gesundheitsdaten patientenspezifisch Impulse für den richtigen Therapieansatz bieten. Während die Medizin heute auf die breite Masse ausgelegt ist, besteht mit der Auswertung und Interpretation von Big Data die Möglichkeit, patientenindividuelle Besonderheiten im Behandlungsprozess gezielter zu berücksichtigen und so im Idealfall das Behandlungsergebnis zu verbessern. Die ePA bildet zudem die Grundlage für Versorgungsforschung, die es erlaubt, Leistungen mit hohem Nutzen von Leistungen mit geringem Nutzen besser zu unterscheiden. Wenn Ressourcen knapper werden, wird diese Unterscheidung von zentraler Bedeutung sein, um alle Menschen gut zu versorgen. Alle Akteure im Land sollten die ePA daher nach vollen Kräften unterstützen.

Die digitale Anbindung der Patienten und Bürger kann durch weitere digitale Werkzeuge geschehen. So genannte Wearables sind nicht nur für aktive Bürger zur Selbstvermessung geeignet. Sie können eine wertvolle Unterstützung bei der Betreuung und Behandlung von chronisch kranken oder pflegebedürftigen Menschen sein. Es könnte günstiger sein, für diese Menschen kostenlos entsprechende Wearables zur Verfügung zu stellen, als in aufwändiger Weise eine persönliche Betreuung durch Fachpersonen zu organisieren, insbesondere wenn diese Fachpersonen knapper werden. Der Übergang zum Smart Home ist dabei fließend. Die Vorteile davon sind groß, besonders im Hinblick auf Sicherheit für Patienten. Dem steht jedoch eine permanente Überwachung gegenüber und mithin eine gewisse Einschränkung der Privatsphäre. Der einzelne Bürger muss daher für sich den Zielkonflikt zwischen Sicherheit einerseits und Datenschutz andererseits entscheiden, wobei die Entscheidung je nach Lebensphase unterschiedlich ausfallen dürfte. Die Vorteile für den einzelnen lassen sich zum jetzigen Zeitpunkt nicht abschließend bewerten. Erste Studien geben Hinweise, dass sich durch eine kontinuierliche Überprüfung von Vitalparametern im Alltag, aber auch die Stimmfrequenz, bereits eingetretene oder drohende Veränderungen des Gesundheitszustandes frühzeitig erkennen lassen (ntv 2021, Schulz 2018). Notfallsituationen durch Herzinfarkte oder Schlaganfälle ließen sich dadurch in Elektivfälle umwandeln und anders behandeln, als es bisher möglich ist.

Digital könnte außerdem ein Patientenportal organisiert werden, auf dem Patienten freie Termine in Praxen und Gesundheitszentren oder sogar freie Plätze im Krankenhaus und Pflegeheim einsehen und nach strukturierten Abfragen zum gesundheitlichen Hintergrund gezielt buchen könnten. Hier ergeben sich aktuell durch das Krankenhauszukunftsgesetz viele Ansatzpunkte, allerdings ist in den einzelnen Häusern vor einer extern ausgerichteten Digitalisierung die interne Digitalisierung ausreichend vorzubereiten. Ein digitaler Marktplatz könnte auch genutzt werden, um Ärzte und andere Leistungserbringer untereinander zu vernetzen, zum Beispiel für telemedizinische Konsultationen. In anderen Branchen ist es bereits heute üblich, dass basierend auf Profilen einzelner Experten Unternehmen international Anfragen zu spezifischen Themen stellen und diesen vergüten. Ähnliches wäre auch hier denkbar, wobei die haftungsrechtlichen Aspekte im Vorfeld zu klären wären.

Aber nicht nur müssen Patienten und Leistungserbringer digital miteinander vernetzt werden, sondern auch die Leistungserbringer untereinander. Es braucht sichere Kommunikationswege und einen sicheren und standardisierten Datenaustausch, der wiederum direkt an die ePA

angeschlossen ist. Der Krankenhauszukunftsfonds stellt zur Digitalisierung der Krankenhäuser bundesweit bis zu 4,3 Milliarden Euro zur Verfügung, für Mecklenburg-Vorpommern sollen es 85 Millionen Euro sein. Das Land sollte diese Mittel effektiv einsetzen. Denn trotz der großen Summe werden sie kaum reichen, um flächendeckend einen hohen Digitalisierungsgrad zu erreichen. Ein Digitalisierungspaket für Pflegeeinrichtung soll folgen.

7.9. Personal

Der Bedarf an Fachkräften im Gesundheitswesen resultiert vor allem aus dem mengenmäßigen Versorgungsbedarf in der Bevölkerung. Allerdings spielt auch eine Rolle, auf welche Art sich der Versorgungsbedarfs äußert. Wenn beispielsweise durch Präventionsmaßnahmen schwere Erkrankungen mit personalintensiver Behandlung vermieden werden können, können spezialisierte Fachkräfte eingespart werden und braucht es im Gegenzug mehr Präventionsexperten. Es kommt aber auch auf die Allokation der Ressource Personal an. Wenn spezialisierte und teure Fachkräfte Tätigkeiten wahrnehmen, die durch weniger spezialisierte und weniger teure Fachkräfte ebenso gut durchgeführt werden könnten, ist die Allokation des Personals nicht effizient. Diese Überlegungen zeigen, dass grundsätzlich an vielen Stellen angesetzt werden kann, um einem wachsenden Fachkräftemangel entgegenzuwirken. Im Folgenden diskutieren wir Maßnahmen, um einerseits die Nachfrage nach Personal zu reduzieren und andererseits das Angebot zu erhöhen. Eine vertiefende Ausarbeitung findet sich in RWI (2018). Lehmann et al. (2019) widmen sich Potenzialen in der Pflege mit dem Blick ins Ausland.

Wichtige Ansatzpunkte zum Halten oder zur Erhöhung der Menge an Fachkräften sind die Ausbildung, die Erwerbstätigenquote und Zuwanderung von qualifizierten Fachkräften. Produktivitätssteigerung könnte durch Einsatz innovativer Technologien und eine stärkere Innovationsoffenheit erreicht werden. Wichtig sind überdies Anreize zur Verringerung der Nachfrage nach Leistungen. Vorsorgemaßnahmen, eine stärker sektorenübergreifende Versorgung und eine effektivere Patientenkoordination können hierbei helfen. Außerdem spielt das Vergütungssystem in diesem Zusammenhang eine wichtige Rolle.

Erwerbstätigenquote. Zur Erhöhung der Erwerbstätigenquote sind Anreize zur Steigerung der Anzahl der Rückkehrer beispielsweise nach einer Elternzeit oder für Personen, die Erwerbsminderungsrente beziehen, zu setzen. Mögliche Hürden für ihren beruflichen Wiedereinstieg nach der Auszeit sind zu prüfen und abzubauen. Eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf kann die Rückkehr erleichtern. Dazu gehören flexible Betreuungsmöglichkeiten für Kinder und für pflegebedürftige Angehörige. Außerdem könnten Wieder- oder Quereinstiegsprogramme helfen, neue fachliche Kenntnisse zu erlernen oder Vertrauen in die eigenen Kenntnisse zu stärken. Die Erhöhung der Erwerbsbeteiligung von älteren Arbeitnehmern könnte durch Förderung altersgerechter Arbeitsbedingungen unterstützt werden. Auch nach Renteneintritt könnten Modelle mit reduzierten Beschäftigungsumfängen incentiviert werden. Einer der größten Hebel ist die Teilzeitquote. Fachkräfte, die in Teilzeit tätig sind, sind bereits voll ausgebildet. Durch die Erhöhung der Stundenzahl von Teilzeitkräften könnten sie sofort einen vollwertigen Beitrag leisten und Personallücken schließen. In vielen Fällen dürfte die bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf hierfür hilfreich sein, ebenso wie generell eine höhere Attraktivität der Erwerbstätigkeit.

Attraktivität von Erwerbstätigkeit. Das Gesundheitswesen wird künftig noch stärker im Wettbewerb mit anderen Branchen um die knapper werdenden Fachkräfte stehen. Zwar spielt auf dem Arbeitsmarkt das Lohnniveau eine wichtige Rolle hinsichtlich der Attraktivität der Gesundheitsberufe. Nicht zu unterschätzen sind jedoch nicht-monetäre Aspekte. So sollte Bürokratie im Gesundheitswesen reduziert werden, um die Belastung mit patientenfernen administrativen

Aufgaben zu verringern und damit die Arbeitszufriedenheit zu steigern (Augurzky, Binder et al. 2017). Wichtig für die Kranken- und Altenpflege ist außerdem die Planbarkeit und Zuverlässigkeit der Dienstpläne. Eine weitere Option könnte sein, ehemals informell Pflegenden den Eintritt in den formellen Pflegeberuf zu erleichtern (Colombo et al., 2011), zum Beispiel durch die Finanzierung von Umschulungen. Hilfreich wäre zudem eine bessere Weiterqualifizierung von Pflegehelfern zu Pflegefachkräften (Augurzky et al. 2018).

Neues Verständnis des Pflegeberufs. Für die Pflege sollte eine höhere Wertschätzung des Pflegeberufs und die Schaffung interessanter Karriereoptionen angestrebt werden, zum Beispiel über eine stärkere Akademisierung der Pflege. Dabei geht es auch darum, dem Pflegepersonal mehr Verantwortung in der Versorgung zu übertragen. Als positives Beispiel können so genannte „Clinical Nurses“ genannt werden, die neben pflegerischen Tätigkeiten weitere Aufgaben übernehmen, die bislang ausschließlich Ärzten vorbehalten sind. Sie könnten eine größere Verantwortung beispielsweise bei der Betreuung chronisch kranker Menschen übernehmen sowie bei der primärärztlichen Versorgung in den Gesundheitszentren oder als mobile Gesundheitsexperten. In Ländern wie den USA, den Niederlanden und Großbritannien ist es seit Jahren Praxis, dass Pflegekräfte ein größeres Aufgabenspektrum wahrnehmen und damit Ärzte entlasten und dass dadurch gleichzeitig das Berufsfeld Pflege vergleichsweise attraktiv ist (Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung 2017). Lehmann et al. (2019) geben eine Übersicht darüber, was Deutschland von der Pflege aus dem Ausland lernen kann.

Anreize für Tätigkeit auf dem Land. Um Hausarztpraxen in dünn besiedelten Regionen besetzen zu können, braucht es zusätzliche Anreize. So könnten besondere Angebote im Rahmen des Studiums der Allgemeinmedizin mit einer Verpflichtung zu einer Landarztstätigkeit für eine gewisse Zeit oder generell für die Aufnahme einer Tätigkeit in Mecklenburg-Vorpommern verknüpft werden, ggf. in Kombination zum Beispiel mit einem Stipendium für ein Studium an einer privaten Universität. Ein weiteres Beispiel aus Bayern schildert Kasten 5.

Kasten 5

Die LandArztMacher (2021).

Das Projekt der „LandArztMacher“ in der Region Arberland in Bayern will Hindernisse für die Tätigkeit auf dem Land aus dem Weg schaffen und so den Beruf des Landarztes fördern. Denn, obwohl Ärzte im ländlichen Raum meist höchst zufrieden mit ihrer Tätigkeit sind, droht dort gleichzeitig der Ärztemangel. Studierende kommen während ihrer Ausbildung kaum in Kontakt mit ländlicher Medizin und tragen im Studium nur wenig Eigenverantwortung. Daher ergreifen die „LandArztMacher“ in innovativen Lehr- und Lernmodellen Maßnahmen wie Supervision, Peer-Teaching und das Arbeiten im Netzwerk. Den Studierenden soll die medizinische Versorgungsrealität im ländlichen Raum vermittelt werden, wobei die Stärkung ihrer individuellen ärztlichen Haltung eine große Rolle spielt. Zentrale Punkte sind das Erleben der Vorteile des sektorübergreifenden Arbeitens sowie die praktische Umsetzung des ärztlichen Netzwerkgedankens. Positive Beispiele der Vereinbarkeit von Beruf und Familie bringen den Studierenden neben der Einbindung in die soziale und kulturelle Struktur der Region die Vorteile eines Landarztes näher.

Evaluationen des Projekts zeigen die Wirksamkeit des Grundgedankens der „LandArztMacher“. So wird die Region Arberland insgesamt positiver wahrgenommen (+30%²¹) und die jungen Ärzte können sich besser vorstellen, auf dem Land tätig zu sein (+30%²²). 10% der Teilnehmer

²¹ Relative Steigerung zwischen Beginn und nach 5-10 Jahren zum Evaluationszeitpunkt

²² Relative Steigerung zwischen Beginn und nach 5-10 Jahren zum Evaluationszeitpunkt

außerhalb der Region beginnen im Anschluss an das Projekt ein Folgepraktikum (PJ, Famulatur) und 50% der Teilnehmer aus der Region Arberland werden dort Arzt bzw. Ärztin in Weiterbildung. Die Philosophie der „LandArztMacher“ findet bei den Studierenden guten Anklang, sodass 20% der ehemaligen Projektteilnehmer später selbst Referenten der „LandArztMacher“ werden (Die LandArztMacher 2021).

Betriebliches Gesundheitsmanagement. Zur Verringerung des Krankenstands können das betriebliche Gesundheitsmanagement und die Verbesserung der Arbeitsbedingungen wichtige Beiträge leisten.²³ Instrumente zur physischen und psychischen Entlastung umfassen die Gefährdungsbeurteilungen, Angebote zur Weiterbildung und Gesundheitsförderung sowie die Schulung von Führungskräften. Seminare zum Umgang mit aggressiven Patienten, Krankheit und Tod sowie psychologische Unterstützung sind Teil einer direkten psychologischen Unterstützung. Hehilfen und Exoskelette können zur physischen Entlastung von Pflegefachkräften beitragen.

Zuwanderung ausländischer Fachkräfte. Bislang stammen ausländische Ärzte überwiegend aus einer kleinen Schar von Ländern wie Griechenland, Rumänien und Syrien (Bundesärztekammer 2017). Doch ist ein großes potenzielles Reservoir an jungen Arbeitskräften in anderen Ländern vorhanden, beispielsweise in Brasilien und Indien. Bereits in der Vergangenheit stieg die Anzahl an Personen mit anerkannten ausländischen Berufsqualifikationen (Statistisches Bundesamt 2015b, 2016, 2017a, 2018b, 2018e). Das Reservoir für weitere Zuwanderung aus dem Ausland ins deutsche Gesundheitswesen ist noch hoch. Allerdings müssen einmal eingewanderte Fachkräfte auch im Land gehalten werden. Dabei ist zu beachten, dass Pflegekräfte im Ausland ein oftmals umfangreicheres Aufgabenspektrum besitzen, was bei einer Tätigkeit in Deutschland zu Frust und möglicherweise zur Rückkehr in das Heimatland führen kann. Insofern hängt die Zuwanderung auch an einer Verbesserung der Attraktivität der Gesundheitsberufe. Es müssen jedoch auch die ausländischen Ausbildungszertifikate genau geprüft und die Sprachausbildung forciert werden.

Technologie und Innovation. Innovationen können dazu beitragen, sowohl die Arbeitsproduktivität zu steigern als auch die Arbeitskräfte zu entlasten. Zum Beispiel kann die Digitalisierung in der Gesamtwirtschaft den Arbeitskräftebedarf reduzieren, sodass dem vergleichsweise personalintensiven Gesundheitswesen mehr Arbeitskräfte zur Verfügung stehen (Dengler und Matthes 2016, Lehmer et al. 2017, Weber und Zika 2015). Ähnliche arbeitssparende Wirkungen dürfte die Digitalisierung auch im Gesundheitswesen selbst auslösen.

Nachfragereduktion im Gesundheitswesen. In Deutschland sind insgesamt durchschnittlich viele Ärzte und Pflegekräfte je Einwohner tätig. Allerdings versorgen sie überdurchschnittlich viele Patienten (Schaubild 42). So kommen in Deutschland laut OECD auf 100 Einwohner im Durchschnitt 23,5 stationäre Krankenhausaufenthalte pro Jahr. In Dänemark sind es nur 13,1 stationäre Fälle pro Jahr, also 44% weniger. Eine Verringerung der Zahl der Patienten in Deutschland könnte die Nachfrage nach Fachkräften reduzieren (Augurzky et al. 2018). Dass Dänemark trotzdem mehr Ärzte und Pflegekräfte im Krankenhaus beschäftigt als Deutschland liegt vor allem daran, dass dänische Krankenhäuser zu einem erheblichen Teil auch die ambulante fachärztliche Versorgung übernehmen.²⁴ Eine bessere Verzahnung der ambulanten und stationären Versorgung, um damit eine stärkere Ambulantisierung der Medizin zu erreichen, kombiniert mit einem entsprechenden Vergütungsmodell und einer effektiven Patientensteuerung könnten

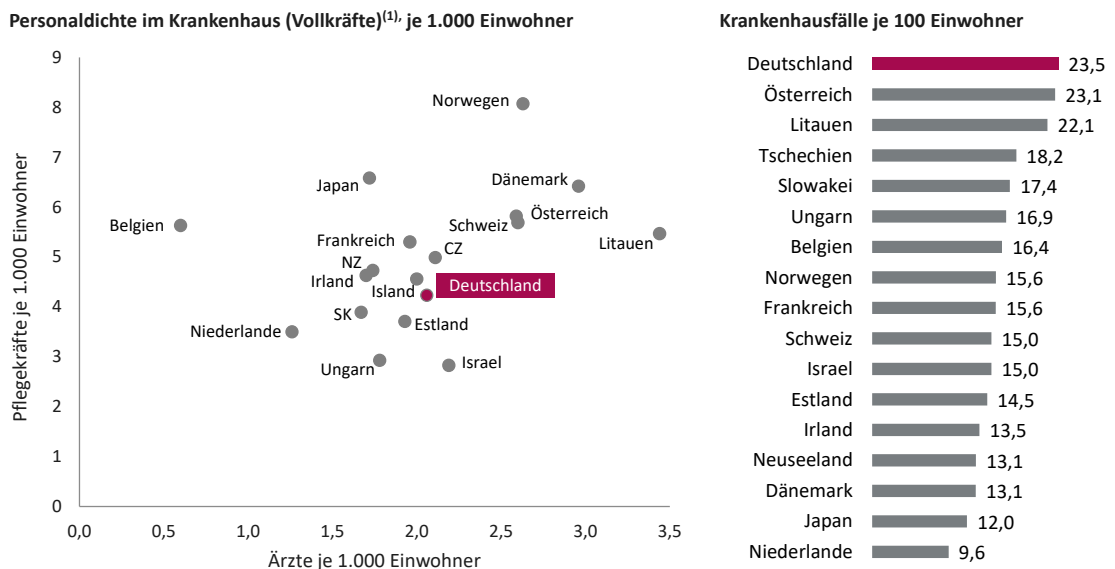
²³ Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2014); Bundesministerium für Gesundheit (2015); Colombo et al. (2011); Fujisawa et al. (2009); Initiative Neue Qualität der Arbeit (2010).

²⁴ Für die Personaldichte im gesamten Gesundheitswesen gilt, dass in Dänemark weniger Ärzte aber mehr Pflegekräfte je 1 000 Einwohner (in Köpfen) beschäftigt sind als in Deutschland (OECD, 2018a).

wesentliche Beiträge zur Reduktion der Zahl der Krankenhausfälle leisten. Ferner kann mittels Versorgungsforschung eine effizientere Ressourcenallokation im Gesundheitswesen erreicht werden, wenn zwischen Leistungen mit geringem und hohem Nutzen besser differenziert werden kann. Gleichzeitig sollten Anstrengungen unternommen werden, den Gesundheitszustand der Bevölkerung zu verbessern, um die Nachfrage zu reduzieren. Neben effektiven Präventionsmaßnahmen spielt auch hier das Vergütungssystem eine wichtige Rolle.

Schaubild 42

Personaldichte im Krankenhaus und Krankenhausfälle



(1) Jeweils aktuellstes Jahr (2015 oder 2016). Daten zu Belgien und Dänemark aus 2014. Grundlage: Ärzte und Pflegekräfte im Krankenhaus (Vollzeitäquivalente). Es werden nur OECD-Länder gezeigt, für die die Zahl der Ärzte und Pflegekräfte im Krankenhaus als Vollzeitäquivalente sowie die Krankenhausfälle je Einwohner von der OECD bereitgestellt werden

Quelle: RWI; Augurzky et al. (2018).

Patientenkoordination. Durch eine effektive Patientensteuerung über geeignete Leitstellen kann erreicht werden, dass die Patienten am richtigen Ort behandelt werden. Beispielsweise koordinieren in Dänemark Telefonleitstellen die Gesundheitsversorgung der Bürger. Ein Beispiel zur Optimierung der Notfallversorgung findet sich in Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2017).

Elektronische Patientenakte. Ein Schlüssel zur Umsetzung vieler der genannten Maßnahmen ist die elektronische Patientenakte. Sie würde eine größere Transparenz über das Versorgungsgeschehen schaffen, sodass die Spreu besser vom Weizen getrennt werden kann. Sie würde außerdem die Prozesseffizienz erhöhen und Bürokratie reduzieren können. Gesundheitsdaten des Patienten stünden jederzeit zur Verfügung und müssten nicht bei jedem Leistungserbringer individuell und wiederkehrend erhoben werden.

7.10. Vergütungssystem und Gestaltungsfreiheit

Das DRG-System hat viele Vorteile. Es hat dazu beigetragen, eine hohe Effizienz innerhalb der stationären Krankenhausversorgung zu erreichen. Anfang der Nuller Jahre kam es zur richtigen Zeit und hat Ordnung und Transparenz in das System gebracht. Mit ihm lassen sich wertvolle Kenntnisse über das Versorgungsgeschehen gewinnen. Teilweise kann man sogar die Qualität

der Krankenhausleistungen damit messen. Das DRG-System honoriert außerdem Leistung. Es vergütet Leistung nur, wenn sie auch wirklich erbracht wurde. In Deutschland erhalten daher alle Menschen weitgehend ohne nennenswerte Wartelisten bei Bedarf eine stationäre Behandlung.

Das DRG-System besitzt aber auch Nachteile: Es kann für einzelne Leistungssegmente zu Fehlankreizen kommen, wenn der medizinische Nutzen nicht deckungsgleich mit dem finanziellen Nutzen ist. Auch ein Splitten von Fällen auf mehrere Krankenhausaufenthalte lässt sich beobachten. Es setzt außerdem keine Anreize zur ambulanten Leistungserbringung, wenn sie grundsätzlich möglich wäre. Es setzt auch keine Anreize zu einer sektorenübergreifenden Versorgung entlang des Patientenpfads oder zur Prävention. Wie in Kapitel 3 dargelegt, belegt Deutschland einen Spitzenplatz bei der Zahl der stationären Fälle je Einwohner. Zur Eindämmung der Leistungsmenge und damit der Kosten hat sich der Gesetzgeber immer neue Regeln einfallen lassen, die als Bremse bei der Leistungserbringung wirken sollen. Inzwischen ist allerdings auch eine Miss-
trauenskultur bei allen Beteiligten entstanden und ein großer werdender Teil beschäftigt sich nur noch mit Bürokratie, während produktive Arbeit an Bedeutung verliert. Dies ist nicht förderlich, um die knapper werdenden Ressourcen nutzbringend einzusetzen.

Ein weiteres Problem des gegenwärtigen Vergütungssystems hat sich in der Corona-Pandemie gezeigt. Im DRG-System werden nur Leistungen vergütet, die direkt am Patienten erbracht werden. Eine Finanzierung der Vorhaltung dafür, dass im Bedarfsfall eine Leistung überhaupt erbracht werden kann, ist nicht vorgesehen. Diese Diskussion wurde zum Beispiel bezogen auf die neonatologische Versorgung geführt. Mit anderen Worten wird nur der Einsatz der Feuerwehr bei einem Brand bezahlt, nicht aber die Vorhaltung der Fahrzeuge und des Personals, um einsatzfähig zu sein. Zwar handelt es sich bei der Mehrzahl der Leistungen im Krankenhaus nicht um akute Notfalleinsätze wie im Fall der Feuerwehr. Auch hilft das aus der Statistik bekannte Gesetz der großen Zahl, dass es bei Krankenhäusern stets ein planbares „Grundrauschen“ an Notfällen gibt, sodass nur selten die Kapazitäten leer stehen und damit ohne Finanzierung sind. Insofern hinkt der Vergleich zur Feuerwehr. Gleichwohl kann es passieren, dass im Einzugsgebiet eines Krankenhauses das dauerhafte „Grundrauschen“ an Fällen zu niedrig ist, um über ihre Vergütung die Vorhaltekosten finanzieren zu können.

Am Beispiel der Geburtshilfe lässt sich dies verdeutlichen. Erfahrungsgemäß lässt sich eine Geburtshilfe erst bei einer jährlichen Zahl von mindestens 1.000 oder sogar mehr Geburten wirtschaftlich betreiben. Finden im Einzugsgebiet eines Krankenhauses jedoch nur 500 Geburten pro Jahr statt, also etwa 10 pro Woche, arbeitet die Geburtshilfe defizitär. Denn das Personal muss trotzdem rund um die Uhr anwesend sein, weil die meisten Geburten nicht planbar sind. Die Kosten fallen also fast zur Gänze an, während die Erlöse dahinter zurückbleiben. Zunächst ist dies nicht beklagenswert. Vielmehr schafft das DRG-System damit einen Anreiz, die Leistungserbringung stärker zu zentralisieren, was sowohl für das Personal angenehmer ist, weil es sich die Dienste besser teilen kann, als auch für die Patientinnen, die an einem Zentrum eine höhere Versorgungsqualität erwarten können. Allerdings geht dies zu Lasten der Erreichbarkeit des Versorgungsangebots, die in Mecklenburg-Vorpommern eine große Rolle spielt.

Hinzu kommt, dass für ein Krankenhaus die stationäre Leistungserbringung in der Regel wirtschaftlich vorteilhafter ist. Es kann damit seine Existenz eher sichern. Je höher die stationäre Fallzahl in einem Leistungssegment ist, desto besser kann das Krankenhaus seine Vorhaltekosten in diesem Segment decken. Darüber hinaus führen die sektorenspezifischen Vergütungsmodelle dazu, dass eine ganzheitliche Versorgung der Patienten kaum stattfindet. Für eine solche Versorgung fühlt sich erstens niemand verantwortlich und zweitens ist sie mit den gegenwärtigen Vergütungsströmen nicht abbildbar.

Es bräuchte grundsätzlich mehr Gestaltungsfreiheit auf regionaler Ebene, um mittelfristig die Versorgung effizienter und patientenorientierter gestalten zu können. Dabei geht es darum, neue Versorgungsformen entwickeln und erproben zu können, um damit effizientere Formen überhaupt finden zu können. Wenn die Ressourcen knapper werden, wirken effizientere Versorgungsformen einer sonst zu befürchtenden Rationierung von Leistungen entgegen. Denn nur die Forderung nach einer Ausweitung der Menge an Ärzten und Pflegekräften wird kaum realisierbar sein können. Stattdessen sollte es darum gehen, wie man die vorhandenen Ärzte und Pflegekräfte effektiv und effizienter einsetzen kann. Die wachsende Regulierung der Gesundheitsversorgung von Seiten des Bundes und des G-BA sollte in Frage gestellt werden. Stattdessen sollte stärker auf die Kontrolle von Ergebnisgrößen gesetzt werden.

Ein Mehr an Gestaltungsfreiheit bräuchte dringend auch Krankenkassen. Krankenkassen müssen unternehmerisch und eigenverantwortlich handeln dürfen, wenn sie zusammen mit den Leistungserbringern einer Region neue Wege gehen wollen, die naturgemäß stets mit Unsicherheit behaftet sind. Da Krankenkassen im Wettbewerb miteinander stehen, spricht nichts gegen die Übernahme einer größeren Eigenverantwortung. Denn sollte eine Kasse schlecht wirtschaften, wird sie über den Markt abgestraft. Eine überbordende Regulierung durch die Aufsichtsbehörden – zum Teil auf Detailebene – ist damit nicht nötig. Sie hemmt die Bereitschaft, Risiken einzugehen, die unbedingt erforderlich ist, um verschiedene Versorgungsmodelle auszuprobieren und die erfolgreichen Modelle zu selektieren. Auf Bundes- und Landesebene sollten die aufsichtsrechtlichen Vorgaben an Krankenkassen stark reduziert und vereinheitlicht werden.

Neben mehr Gestaltungsfreiheit sollte auch der Aspekt der Vorhaltefinanzierung stärker betont werden. Denkbar wäre der Einbau einer Komponente zur Vorhaltefinanzierung in das bestehende DRG-System. So könnte zum Beispiel ein Drittel des heutigen DRG-Vergütungsvolumens herausgetrennt werden, um damit definierte Vorhalteleistungen zu finanzieren – ähnlich wie die Herausstrennung der Pflegepersonalkosten. Die Pflegepersonalkosten sollte man jedoch zuvor wieder eingliedern und anschließend für jede DRG einen Anteil errechnen, der zur Finanzierung von Vorhalteleistungen zur Verfügung steht. Im Durchschnitt würden in diesem Beispiel die Relativgewichte der DRG somit um ein Drittel sinken. Der Mengenanreiz würde reduziert, aber nicht verschwinden. Auch würde die Vergütungsdifferenz zur rein ambulanten Leistungserbringung sinken. Mit dem ausgelagerten Vergütungstopf würden für zu definierende Versorgungsregionen und Leistungssegmente Vorhaltebudgets auf Basis der regionalen Bevölkerungs- und Flächenstruktur definiert.

Eine Versorgungsregion von 120.000 Einwohnern würde damit beispielsweise ein Vorhaltebudget für die Geburtshilfe erhalten. In einer solchen Region könnte man mit rund 1.100 Geburten pro Jahr rechnen. Wenn es heute zwei Geburtshilfen in der Region gibt, müssen sie sich das Budget teilen und werden damit vermutlich jeweils nicht kostendeckend arbeiten können. Sie müssen also untereinander zu einer Einigung kommen, wer die Geburtshilfe künftig übernehmen soll, wenn sie nicht beide dauerhaft defizitär tätig sein wollen. Falls die Region – oder das Bundesland – trotzdem weiterhin gerne zwei Geburtshilfen vorhalten möchte, kann die Region oder das Land das Vorhaltebudget mit eigenen Mitteln aufstocken. Die Krankenhausplanung braucht hier nicht einzugreifen.

Zur Umsetzung dieses Gedankens müssen einige Fragen geklärt werden: Wie wird eine Versorgungsregion definiert? Wie definiert die Bevölkerungsstruktur das regionale Vorhaltebudget? Wie wird die Flächenkomponente einer Region berücksichtigt? Können auch Investitionsfördermittel integriert werden? Werden die Vorhalteleistungen zu 100% oder nur teilweise finanziert? Das heißt welcher Anteil des DRG-Erlösvolumens soll für Vorhaltung ausgelagert werden? Je mehr ausgelagert wird, desto geringer ist der verbleibende Leistungsanreiz der Residual-DRG.

Wie finden überregionale Spezialleistungen Berücksichtigung? Wie lässt sich dabei der sektorenübergreifende Gedanke realisieren?

Das sind viele schwierige Fragen. Aber auch die Einführung der DRG war nicht einfach. Zudem gibt es Mischfinanzierungen auch in anderen Ländern. Es scheint also machbar zu sein. Ein stärker sektorenübergreifender Behandlungsansatz wird damit aber noch nicht in ausreichendem Maß gefördert. Einen noch weitreichenderen Schritt stellen komplette Regionalbudgets oder so genannte Capitationmodelle dar. Hier erhält eine Region ein komplettes, vorab definiertes Budget, um die Gesamtversorgung, zumindest aber die gesamte fachärztliche Versorgung zu übernehmen. Die Akteure vor Ort erhalten volle Gestaltungsfreiheit. Sie können ehemals stationäre Leistungen ambulant erbringen, ohne Erlöseinbußen befürchten zu müssen. Sie können auch auf Prävention setzen, um Leistungen gänzlich zu vermeiden. Sie können Versorgungsschnittstellen optimieren, um Ressourcen einzusparen.

Sie könnten aber auch nichts tun und das Budget einfach „einstecken“. Um dies zu vermeiden, braucht es Korrektive. Ein Korrektiv ist der Wettbewerb zwischen Regionen. Die Bürger müssen stets die Wahlfreiheit des Leistungsanbieters haben, sodass sie im Fall mangelnder Qualität aus ihrer Region jederzeit in einer anderen Region Leistungen in Anspruch nehmen können. Dabei muss die Region, in der diese Bürger leben, die Leistungen in der Nachbarregion vergüten. Es muss also freie Arzt- und Krankenhauswahl bestehen. Außerdem braucht es ein Verrechnungssystem, wofür das DRG-System ein natürlicher Kandidat wäre. Als weiteres Korrektiv dienen Qualitätsziele. Krankenkassen würden mit der Vergabe eines Regionalbudgets konkrete Qualitätsziele festlegen, die kontrolliert werden müssen. Der Medizinische Dienst kann diese Aufgabe übernehmen. Denn er würde nicht mehr gebraucht, um Rechnungen zu kontrollieren. Der Fokus verlagerte sich von der Kontrolle einzelner Kostenbestandteile hin zur Kontrolle von Ergebnisgrößen.

Selbstverständlich werfen auch solche 100%-Regionalbudgets viele Fragen auf. In Ballungsgebieten ist es schwer, Versorgungsregionen zu definieren, die groß genug sind, um eine ausreichende Risikodiversifikation zu erreichen, weil die Klinikdichte sehr hoch ist. Es befinden sich fast immer Wettbewerber in der Nähe, die eingebunden werden müssten. In ländlichen Regionen finden sich häufiger Konstellationen, bei denen die Trägerstruktur derart gestaltet ist, dass man gemeinsam die Verantwortung für eine Region übernehmen kann. Denn innerhalb einer Region braucht es Kooperation, zwischen Regionen dagegen Wettbewerb. Auch braucht es mindestens die Einbindung der ambulanten fachärztlichen Versorgung und idealerweise auch von weiteren Segmenten, wie zum Beispiel die Kurzzeitpflege.

Der Fragenkatalog und die potenziellen Hürden ließen sich noch erweitern. Eine bundesweit flächendeckende Einführung von Regionalbudgets muss aber nicht das Ziel sein. Besser wäre es am Anfang, wenn zum Beispiel ein Bundesland wie Mecklenburg-Vorpommern für Regionen, in denen die Gesundheitsversorgung gefährdet ist, eine Art Sonderstatus ausrufen könnte. Dafür müsste ein „Deprivationsindex“ entwickelt werden. Der Sonderstatus würde es der betroffenen Region erlauben, Teile des komplexen Regelwerks des SGB V und ggf. weiterer Gesetze auszusetzen und über Regionalbudgets eine große Gestaltungsfreiheit zu gewinnen, die nötig ist, um tragfähige Konzepte zur Aufrechterhaltung der Gesundheitsversorgung in der Region erarbeiten und ausprobieren zu können.

Die Landkreise in Mecklenburg-Vorpommern besitzen eine ausreichend große Bevölkerung, um Morbiditätsrisiken in einem Regionalbudget weitgehend zu diversifizieren. Allerdings sind die Flächen der Landkreise sehr groß und die Trägerstruktur sehr heterogen. Die große Fläche erschwert den nötigen Wettbewerb zwischen Regionen. Die Patienten sollten bei Missfallen des

lokalen Angebots Ausweichoptionen haben. Die heterogene Trägerstruktur erschwert die nötige Koordination der Versorgung im Regionalbudget innerhalb des Landkreises. Für Regionalbudgets in Mecklenburg-Vorpommern sollten daher im lokalen Umfeld Kooperationen und Fusionen angestrebt werden. Es könnte auch nötig sein, die Regionen kleiner zu wählen. Größere Morbiditätsrisiken müssten dann auf höherer Ebene zusätzlich gepoolt werden. Auch müssten Spezialleistungen außerhalb der Region eingekauft statt selbst erbracht werden. Die Einbindung der ambulanten fachärztlichen Versorgung sollte in den sehr ländlich geprägten Gebieten Mecklenburg-Vorpommerns gelingen, weil ambulante und stationäre Leistungserbringer die knappen Ressourcen künftig ohnehin immer mehr teilen müssen.

Neben diesen angesprochenen „großen Lösungen“ sind auch „kleine Lösungen“ denkbar. Heute schon gibt es mit den Innovationsfondsprojekten Suchprozesse nach effizienteren Versorgungsformen. Erfolgreiche Projekte brauchen jedoch eine Zwischenfinanzierung, um den Übergang in die Regelversorgung gestalten zu können. Wenn diese fehlt, kann das Projektteam nicht mehr gehalten werden und das Modellvorhaben löst sich vorher auf. Generell braucht es für Projekte zur integrierten Versorgung außerdem eine entsprechende Bereinigung des KV-Budgets, damit die beteiligten Krankenkassen die ambulante Versorgung nicht doppelt finanzieren müssen, was sonst den Anreiz, solche Projekte überhaupt aufzulegen, stark senken würde. Krankenkassen und Leistungserbringer brauchen darüber hinaus mehr Anreize für Prävention.

Zur Förderung der Ambulantisierung könnten statt Regional- und Vorhaltebudgets auch „herkömmliche“ Vergütungsmodelle in Erwägung gezogen werden. Wenn ein Modell unter Beteiligung von sowohl Krankenhäusern als auch KV nicht möglich ist, sollten rein krankenzentrierte Optionen erprobt werden. Denkbar wäre ein befristetes Einfrieren des Krankenhausbudgets bei gleichzeitiger Ermöglichung, bisher stationär erbrachte Leistungen auch ambulant erbringen zu können. Eine weitere Option könnten abgespeckte DRG in Tageskliniken sein. Eine Tagesklinik würde weiterhin im Krankenhausplan geführt. Sie würde für tagesklinische, also praktisch ambulante Fälle jedoch die entsprechende DRG abrechnen, die um bettenspezifische Kostenkomponenten bereinigt ist. Damit bliebe für Krankenhäuser der Deckungsbeitrag auch bei ambulanter Leistungserbringung erhalten und Krankenkassen würden gleichzeitig Kosten sparen.

7.11. Übersicht Handlungsempfehlungen

Tabelle 10 fasst alle hier erläuterten Maßnahmen stichpunktartig zusammen und ordnet ihnen die Hauptadressaten zu. Kasten 6 gibt einen Überblick ausgewählter Handlungsempfehlungen aus der Enquête-Kommission Niedersachsen.

Tabelle 10
Übersicht über alle Maßnahmen

Maßnahmen	Leistungs- erbringer, KV	Kostenträ- ger	Landkreis	Land	Bund
Kommunikation					
Kommunikationsoffensive starten	unterstützen	unterstützen	unterstützen	initiiieren & gestalten	
Krankenhausversorgung					
Krankenhausplanung neu ausrichten: Zuordnung zu 3 Versorgungsstufen				initiiieren & gestalten	
Clusterbildung verstetigen	gestalten & umsetzen	unterstützen		initiiieren & gestalten	
Trägerübergreifende Kooperationen und Fusionen anstreben	gestalten & umsetzen	unterstützen		initiiieren über KH-Plan	
Zusammenarbeit Universitätskliniken in patientenfernen Bereichen				initiiieren & umsetzen	
Investitionsfördermittel am Zielbild ausrichten				initiiieren & gestalten	
Ambulante und sektorenübergreifende Versorgung					
Amb. Gesundheitszentren (GZ) bilden	initiiieren & umsetzen		unterstützen	unterstützen	
Einbindung weiterer Berufsgruppen in GZ, insb. Pflegeexperten	Modellprojekt durchführen	Modellprojekt unterstützen		Modellprojekt initiieren	Rahmen anpassen
Einbindung Krankenhäuser der Grundversorgung in amb. GZ --> IGZ	gestalten & umsetzen	Modellprojekt unterstützen		Modellprojekt initiieren	Rahmen, Vergütung
Einbindung Rehakliniken in GZ	initiiieren & umsetzen	unterstützen		unterstützen	
Einbindung Kurzzeitpflege in GZ	initiiieren & umsetzen	unterstützen		unterstützen	
Einfache Übernahme von KV-Sitzen durch ein IGZ ermöglichen	umsetzen			initiiieren	Rahmen, Vergütung
KV-Ermächtigungen an Betrieb, nicht an Personen knüpfen	gestalten & umsetzen			initiiieren	Rahmen anpassen
Rettungswesen, Notfallversorgung und Sicherstellung					
Rettungswesen professionalisieren	gestalten & umsetzen			initiiieren	
Telemedizinische Anbindung des Rettungswagens an das Krankenhaus	gestalten & umsetzen		gestalten & umsetzen	Rahmen	
Landkreisüberggr. Abstimmung Rettungswesen & Koordination mit Regionalversorger	gestalten & umsetzen		initiiieren	Rahmen	
Sektorenübergreifende Notfallversorgung im IGZ und im Krankenhaus	initiiieren & umsetzen	unterstützen			Rahmen, Vergütung
Ambulante Notfallversorgung gebündelt im ambulanten GZ	initiiieren & umsetzen		unterstützen		
Luftrettung als Alternative zur Vorhaltung von Kapazitäten am Boden	unterstützen		gestalten & umsetzen	initiiieren	
Erreichbarkeitsanforderungen festlegen				initiiieren & umsetzen	
Sicherst.zuschlag differenz. & definieren, was nötig ist, um Versorgungsauftrag zu erfüllen		gestalten		initiiieren & umsetzen	

Fortsetzung Tabelle 10

Maßnahmen	Leistungs- erbringer, KV	Kostenträ- ger	Landkreis	Land	Bund
Versorgungsplanung					
Alle Versorgungsbedarfe der Regionen identifizieren				initiiieren & umsetzen	
Alle Stakeholder einbeziehen	unterstützen	unterstützen	unterstützen	initiiieren	
Invest.fördermittel mit Versorgungsplan verknüpfen und sektorenüb. einsetzen				initiiieren & umsetzen	
Sektorenübergreifende Vergütungsmodelle erarbeiten und erproben	initiiieren & umsetzen	initiiieren & umsetzen			Rahmen anpassen
Modellprojekte					
Erfolgreich abgeschlossene Modellprojekte in Regelversorgung überführen	unterstützen	unterstützen		initiiieren & gestalten	Rahmen anpassen
Erprobung eines Regionalbudgets in einer Pilotregion	gestalten & umsetzen	gestalten & umsetzen	unterstützen	initiiieren	ggf. Rahmen anpassen
Erprobung eines zeitlich befristeten Budgetansatzes für ein Krankenhaus	gestalten & umsetzen	initiiieren & gestalten			
Altenhilfe und Wohnen					
Enge Anbindung von Kurzzeitpflege an IGZ oder Krankenhaus	gestalten & umsetzen	unterstützen		initiiieren	
Kooperation von IGZ mit amb. Pflegediensten, Pflegeheimen und betreutem Wohnen	initiiieren & gestalten		unterstützen		
Förderung des Zentralisierens des Wohnens von älteren Menschen	gestalten & umsetzen		gestalten & umsetzen	initiiieren & gestalten	
Mobilität und Nähe					
Mobile Gesundheits- und Pflegeexperten	initiiieren & umsetzen	unterstützen			
Apotheke plus	unterstützen	Modellprojekt unterstützen		Modellprojekt initiiieren	Rahmen anpassen
Pflegepraxis	unterstützen	Modellprojekt unterstützen		Modellprojekt initiiieren	Rahmen anpassen
Telemedizinische Vernetzung und Vergütungsoptionen	initiiieren & umsetzen	unterstützen		unterstützen	Rahmen anpassen
Sammeltaxi	gestalten & umsetzen	unterstützen	initiiieren		
Rufbus	gestalten & umsetzen	unterstützen	initiiieren	unterstützen	
Patientenpension	gestalten & umsetzen	unterstützen	initiiieren		
Autonomes Fahren			unterstützen	unterstützen	
Digitalisierung					
ePA forcieren	gestalten & umsetzen	unterstützen		initiiieren	weiter ausbauen
Wearables und Smart Home zur Unterstützung der Versorgung	initiiieren & gestalten	unterstützen			
Digitaler Marktplatz für Termine	gestalten & umsetzen			initiiieren	
Digitaler Marktplatz für Austausch unter Leistungserbringern	gestalten & umsetzen			initiiieren	
Mittel des Krankenhauszukunftsfonds effektiv einsetzen	umsetzen			initiiieren & gestalten	

Fortsetzung Tabelle 10

Maßnahmen	Leistungs- erbringer, KV	Kostenträ- ger	Landkreis	Land	Bund
Personal					
Vereinbarkeit von Familie und Beruf	initiiieren & umsetzen				
Wiedereinstiegsprogramme	initiiieren & umsetzen			unterstüt- zen	
Altersgerechte Arbeitsbedingungen	initiiieren & umsetzen				Rahmen anpassen
Ausweitung der Stundenzahl von Teilzeit- kräften	initiiieren & umsetzen				
Abbau von Bürokratie zur Erhöhung der Attraktivität der Gesundheitsberufe	umsetzen				initiiieren, Rah- men anpassen
Planbarkeit und Zuverlässigkeit der Dienstpläne	initiiieren & umsetzen				
Umschulungen, neue Berufsbilder	initiiieren & umsetzen				Rahmen
Weiterqualifizierung von Pflegehelfern zu Pflegefachkräften	initiiieren & umsetzen				Rahmen
Neues Verständnis des Pflegeberufs	umsetzen		-	initiiieren & gestalten	Rahmen anpassen
Zusätzliche Karriereoptionen für den Pfl- geberuf	umsetzen			initiiieren & gestalten	Rahmen anpassen
Größeres Aufgabenspektrum für Pflege	umsetzen			initiiieren & gestalten	Rahmen anpassen
Anreize für Tätigkeit als Landarzt schaffen		unterstüt- zen		initiiieren & gestalten	
Betriebliches Gesundheitsmanagement	initiiieren & gestalten	unterstüt- zen			
Zuwanderung ausländischer Fachkräfte	gestalten & umsetzen			initiiieren & gestalten	Rahmen anpassen
Technologie nutzen, um Arbeitskräfte zu entlasten und Produktivität zu steigern	gestalten & umsetzen	unterstüt- zen		initiiieren	ggf. Rah- men anpas- sen
Effektive Patientensteuerung	gestalten & umsetzen	unterstüt- zen		initiiieren	ggf. Rah- men anpas- sen
Vergütungsmodelle und Gestaltungsfreiheit					
Reduktion Regulierung seitens Bund & G-BA, stärkere Kontrolle von Ergebnisgrö- ßen				initiiieren & gestalten	Rahmen anpassen
Reduktion und Vereinheitlichung der Vor- gaben der Kassenaufsicht (BAS, Land)				initiiieren & gestalten	Rahmen anpassen
Einbau einer Vorhaltefinanzierung in das DRG-System					Rahmen anpassen
Regionalbudgets für Sonderregionen	gestalten & umsetzen	unterstüt- zen	unterstüt- zen	initiiieren & gestalten	Rahmen anpassen
Definition von Sonderregionen				initiiieren & gestalten	Rahmen anpassen
Zwischenfinanz. erfolgreicher Innovations- fondsprojekten für Übergang Regelver- sorg.		unterstüt- zen		initiiieren & gestalten	Rahmen, Vergütung

Fortsetzung Tabelle 10

Maßnahmen	Leistungs- erbringer, KV	Kostenträ- ger	Landkreis	Land	Bund
Bereinigung des KV-Budgets bei IV-Projek- ten	umsetzen	umsetzen			initiiieren & gestalten
Anreize für mehr Prävention		unterstüt- zen			initiiieren, Vergütung
Befristetes Einfrieren des Krankenhaus- budgets	umsetzen	initiiieren & gestalten			
Tagesklinische DRG					initiiieren, Vergütung

Quelle: Eigene Darstellung.

Kasten 6

Enquête-Kommission Niedersachsen

Wie in Kapitel 7 aufgeführt, hat sich die Enquête-Kommission Niedersachsen intensiv mit der Zukunft der Gesundheitsversorgung in Niedersachsen befasst. Auch einige Regionen in Niedersachsen sind sehr ländlich geprägt und weisen eine geringe Bevölkerungsdichte. Sie sehen sich mit ähnlichen Problemen wie Mecklenburg-Vorpommern konfrontiert. Daher sollen wichtige Handlungsoptionen aus dem Abschlussbericht der Enquête-Kommission hier aufgeführt werden:

- Weiterentwicklung der Krankenhausplanung mit einer stärkeren Konzentration von Leistungen der Spezialversorgung bei gleichzeitiger Gewährleistungen einer wohnortnahen Grundversorgung.
- Bildung von acht Versorgungsregionen im Bundesland.
- Gemeinsame Versorgungsplanung des ambulanten und stationären Bereichs.
- Etablierung eines Versorgungsstufenkonzepts für Krankenhäuser mit drei Stufen: Grund- und Regelversorgung, Schwerpunktversorgung und Maximalversorgung.
- Etablierung regionaler Gesundheitszentren, in denen verschiedene Ärztgruppen zusammenarbeiten, insbesondere Hausärzte, aber auch andere Berufsgruppen. Dabei kommt der Delegation ärztlicher Leistungen eine große Bedeutung zu. Die Zentren sind zentrale Anlaufstelle für die Bevölkerung vor Ort, sollen eine durchgehende Erreichbarkeit 24/7 gewährleisten, können die poststationäre Nachsorge vor Ort übernehmen und bieten Kurzzeitpflege und Überwachung an.
- Stärkung der Rolle des Hausarztes, indem er stärker eine Lotsenfunktion für die Patienten einnimmt.
- Schaffung von Anreizen für eine ärztliche Tätigkeit auf dem Land, unter anderem durch die Einführung einer Landarztquote.
- Verbesserung der Rahmenbedingungen des Medizinstudiums und Schaffung zusätzlicher Studienplätze.
- Stärkere Konzentration der fachärztlichen Versorgung an den Kliniken, um die vorhandenen Ressourcen effizienter zu nutzen und generell Prüfung der doppelten Facharztschiene.
- Aufbau einer integrierten Notfallversorgung aus einer Hand verbunden mit gezielten Maßnahmen der Patientensteuerung.

- Ausbau der Digitalisierung des Gesundheitswesens und Erschließung der damit verbundenen Potenziale, insbesondere hinsichtlich der elektronischen Patientenakte und telemedizinischer Anwendungen.
- Flächendeckende Ausweitung von erfolgreichen Modellprojekten.
- Aufbau sektorenübergreifender Versorgungsmodelle und Erprobung neuer Finanzierungsmodelle

8. Fazit

Die Gesundheitsversorgung in Mecklenburg-Vorpommern steht vor der Herausforderung, die wachsenden Bedarfe der älter werdenden Bevölkerung mit einer schrumpfenden Zahl an erwerbsfähigen Personen decken zu müssen. Damit dies gelingen kann, braucht es eine Erhöhung der Effizienz der Gesundheitsversorgung. Erstens sollte angestrebt werden, Bedarfe möglichst zu reduzieren, zum Beispiel durch Prävention. Zweitens kann durch sektorenübergreifende Versorgung die Ambulantisierung der Medizin vorangetrieben werden. Auf der Angebotsseite können drittens durch eine stärkere Zentralisierung und Schwerpunktbildung sowohl in der stationären als auch in der ambulanten Versorgung Vorhaltekosten besser finanziert, Arbeitsplätze für die Fachkräfte attraktiver gestaltet und die Versorgungsqualität gesteigert werden. In Mecklenburg-Vorpommern muss dabei jedoch die Erreichbarkeit der Angebote stets im Auge behalten werden. Viertens besteht bei der Allokation der Ressourcen Personal und Kapital Optimierungspotenzial und fünftens kann der Einsatz moderner Technologien besonders im Bereich der Digitalisierung unterstützen.

Das Zielbild der Gesundheitsversorgung Mecklenburg-Vorpommerns sollte diese Potenziale erschließen. Ziel ist eine hohe Versorgungsqualität und Patientenorientierung. Dabei müssen die Versorgungsangebote erreichbar und finanzierbar sein. Zudem sollte die Gesundheitsversorgung flexibel auf unerwartete exogene Schocks reagieren können. Im Zielbild sollte die Gesundheitsversorgung ganzheitlich gedacht werden: von präventiven bis zu kurativen Angeboten, von rehabilitativen und Unterstützungsleistungen, von sehr einfachen bis zu hochkomplexen Spezialangeboten. Am Anfang steht Prävention, um Versorgungsbedarfe möglichst gering zu halten. Sie fängt dabei schon in Schulen an und setzt sich in Betrieben fort. Bereits an dieser Stelle kommt der „dezentrale Kümmerer“ oder Case Manager als individueller Ansprechpartner für Patientinnen und Patienten in allen Gesundheitsfragen und als Koordinator von Diensten ins Spiel. Diese Aufgabe wird von Hausärzten und Pflegeexperten gemeinsam wahrgenommen. In der elektronischen Patientenakte werden alle Gesundheitsdaten des Patienten hinterlegt. Der Patient ist Eigentümer seiner Daten und entscheidet darüber, welche Personen Zugriff haben. Damit entsteht langfristig eine Art persönlicher digitaler Begleiter für alle Bürgerinnen und Bürger. Der Case Manager organisiert die individuelle Gesundheitsversorgung vor Ort und koordiniert die Angebote von Therapeuten, Kliniken, Apotheken, Altenpflege, bis hin zu Sozialarbeitern.

Case Manager arbeiten nach dem Vorbild der Gesundheitszentren in Finnland in größeren Zentren zusammen. Sie umfassen die komplette ambulante primärärztliche Versorgung, betreuen chronisch Kranke, unterstützen die Koordination der häuslichen Krankenpflege und kooperieren eng mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst. Pflegefachpersonen spielen hier eine tragende Rolle. Die Zentren sollten auch die fachärztliche Versorgung mit abdecken. Zudem können kleine Krankenhäuser der Grundversorgung in das Zentrum integriert werden, um damit ein sektorenübergreifendes Angebot der Grundversorgung zu schaffen („Integriertes Gesundheitszentrum“, IGZ). Auch die Expertise der Rehabilitationskliniken sollte für die Zentren erschlossen werden.

Ein IGZ kann die knappen personellen und finanziellen Ressourcen besser nutzen. Ein mindestens ambulantes Gesundheitszentrum sollte für die Bevölkerung in höchstens 30 Minuten mit einem Pkw erreichbar sein. Dabei arbeitet es eng mit mobilen Gesundheitsdiensten und Apotheken in der Fläche zusammen, die zusätzliche Aufgaben wahrnehmen können. Indem sie eine größere Verantwortung für die lokale Versorgung übernehmen, erwächst daraus eine neue Rolle für kleine Krankenhäuser: Integrierte Gesundheitszentren managen und die medizinischen Angebote in ihrem Umfeld organisieren. Die Vergütungsanreize im IGZ müssen derart gestaltet sein, dass es Behandlungen, wo immer medizinisch möglich, ambulant durchführt, und dass es Interesse an Prävention entwickelt. Das IGZ muss sich für die Gesundheit der lokalen Bevölkerung verantwortlich fühlen.

Auf der Landkreisebene sollte ein großes Krankenhaus als Regionalversorger für die Organisation der regionalen Gesundheitsversorgung Verantwortung übernehmen. Es vernetzt sich dabei sowohl mit den lokalen IGZ als auch mit überregional tätigen Maximalversorgern, wie es sie beispielsweise in Schwerin, Rostock, Greifswald und Neubrandenburg gibt. Insgesamt setzt die Koordination der überregionalen Versorgung auf den vier bestehenden Planungsregionen Mecklenburg-Vorpommerns auf. Je nach Aufgabe in der Region verteilen sich Leistungen der Basis- und Spezialversorgung unterschiedlich auf die Leistungserbringer. Ein IGZ kümmert sich um die Basisversorgung. Der Regionalversorger hat auch hier seinen Schwerpunkt. Der Maximalversorger und Fachkliniken decken einen Großteil der Spezialversorgung ab, die auch über Telemedizin in die Fläche gelangt.

Um eine patientenzentrierte und ganzheitliche Versorgung zu erreichen, gibt es im Zielbild eine sektorenübergreifende Versorgungsplanung und sektorenübergreifende Vergütungselemente. Auf der lokalen Ebene gibt es zudem viel Gestaltungsfreiheit, um innovative Versorgungsmodelle erproben zu können – mit dem Ziel, dass sich effizientere Versorgungsmodelle durchsetzen. Dem Faktor Personal kommt im Zielbild eine zentrale Bedeutung zu. Um die Attraktivität der Gesundheitsberufe zu steigern, braucht es zum Beispiel neue Arbeitszeitmodelle, die in größeren Gesundheitszentren besser als in kleinen Einheiten realisierbar sind. Es ist aber nicht nur wichtig, den Nachwuchs zu sichern, sondern ihn auch so einzusetzen, dass er sich ganz auf die Patientenbehandlung konzentrieren kann. Dazu braucht es Entlastungsmöglichkeiten gerade im ärztlichen Bereich.

Die Bevölkerung benötigt schließlich eine gute Anbindung an die Gesundheitsangebote durch flexible und effiziente Mobilitätsangebote. Umgekehrt sollte das Angebot auch besser zu den Menschen kommen, zum Beispiel über mobile Gesundheitsexperten mit telemedizinischer Anbindung an ein Gesundheitszentrum, über eine direkte digitale Anbindung des Angebots in die Wohnung des Patienten, über ein ergänzendes telemedizinisches Angebot in der Apotheke oder Hausarztpraxis oder über Nachbarschaftshilfe am Wohnort des Patienten.

Aus diesem Zielbild ergeben sich für unterschiedliche Adressaten Handlungsempfehlungen. Tabelle 10 fasst alle Empfehlungen zusammen. Die Maßnahmen sollten durch eine Kommunikationsoffensive vorbereitet und begleitet werden. Das Land sollte von Anfang alle Bürgerinnen und Bürger mitnehmen, die gegenwärtige Lage und Handlungsbedarfe im Gesundheitswesen erläutern sowie die damit verbundenen Chancen und Risiken aufzeigen.

Krankenhausversorgung. In Mecklenburg-Vorpommern besteht nach heutigen Maßstäben nicht mehr viel Potenzial hinsichtlich einer stärkeren Zentralisierung und Schwerpunktbildung der Krankenhausversorgung. Gleichwohl wird der Druck dazu aufgrund personeller und finanzieller Engpässe sowie der zunehmenden Spezialisierung in der Medizin steigen. In nahezu allen Regionen finden sich Krankenhäuser, die sich aufgrund ihrer Größe und Lage als Teil eines

Integrierten Gesundheitszentrum eignen könnten. Wir empfehlen, wo immer möglich, lokal gesellschaftsrechtliche Zusammenschlüsse anzustreben oder zumindest trägerübergreifende Kooperationen zu suchen. Die Krankenhausplanung sollte dies unterstützen. Sie sollte außerdem die vier Planungsregionen verstetigen und für die Versorgungsangebote eine klare Zuordnung zu den drei Kategorien vornehmen: (i) Grundversorgung (kombiniert mit IGZ), (ii) Regionalversorgung und (iii) Maximalversorgung. In dem Zusammenhang sind auch Mindestfallzahlen und Erreichbarkeiten zu definieren und bei einem Zielkonflikt gegeneinander abzuwägen. Die Vergabe von Investitionsfördermitteln sollte sich am Zielbild orientieren. Zielgröße für das Fördermittelvolumen sollten 8% des Krankenhausumsatzes sein. Zusätzlich kann der Strukturfonds Zusammenschlüsse fördern.

Ambulante und sektorenübergreifende Versorgung. Ambulante und Integrierte Gesundheitszentren sollten für die primärärztliche und fachärztliche Versorgung etabliert werden. Sie sollten eng mit mobilen Gesundheitsangeboten zusammenarbeiten, um die Fläche breit zu versorgen. Eine wichtige Funktion könnte die „Apotheke plus“ einnehmen, wenn eine breite landärztliche Primärversorgung nicht aufrechterhalten werden kann. Über Telemedizin würde diese Apotheke mit speziell ausgebildetem Personal an Gesundheitszentren angebunden sein. Auch Praxen von Pflegefachpersonen mit telemedizinischer Anbindung sind denkbar. Um die Integration der Sektoren zu unterstützen, sollten Hürden für die Übernahme von ambulanten Leistungen durch Krankenhäuser abgebaut werden und KV-Ermächtigungen nicht an einzelne Personen, sondern an den Betrieb des Krankenhauses bzw. des IGZ gebunden sein, solange das Krankenhaus über die entsprechenden Qualifikationen verfügt. Zudem sollten an ein IGZ stets eine Kurzzeitpflege und weitere Gesundheitsangebote angedockt sein.

Rettungswesen und Notfallversorgung. Je stärker zentralisiert eine Krankenhausstruktur ist, desto mehr muss das Rettungswesen entsprechend ausgerichtet und professionalisiert sein. Es zählt dabei die Zeit bis zur Einleitung der ersten Behandlungsschritte. Dazu muss das Krankenhaus bereits bei Ankunft des Rettungswagens für den Patienten vorbereitet sein. Der Rettungswagen benötigt eine telemedizinische Anbindung zum Krankenhaus und es müssen erste wichtige Schritte durch den Notarzt oder entsprechend ausgebildete Rettungssanitäter unternommen werden. Erforderlich ist auch eine landkreisübergreifende Abstimmung sowie eine Koordination mit den Regionalversorgern. Grundsätzlich sollte die Notfallversorgung sektorenübergreifend zum Beispiel an einem IGZ erfolgen.

Sicherstellung. Aus wirtschaftlichen Gründen können sich nicht alle Krankenhausstandorte aus eigener Kraft halten. Sicherstellungszuschläge sollten die krankenhausesindividuellen Besonderheiten berücksichtigen und entsprechend differenziert werden. Ihrer Gewährung muss eine Prüfung vorausgehen, welche Fachabteilungen für die Versorgungssicherheit notwendig sind. Auch in diesem Zusammenhang sind die Erreichbarkeitsanforderungen und Sicherung der Versorgungsqualität maßgeblich, differenziert nach Basis- und Spezialversorgung. Für die Notfallversorgung sollten auch die Möglichkeiten der Luftrettung in die Überlegungen einbezogen werden. In der Gynäkologie und Geburtshilfe weisen viele der Standorte kritische Größen auf. Viele gynäkologische Leistungen könnten auch ambulant in Gesundheitszentren angeboten werden. Die Geburtshilfe sollte in einem Netzwerk organisiert und bewusst unter Inkaufnahme weiterer Strecken so zentralisiert werden, dass vorbereitende Angebote wohnortnah zur Verfügung stehen, die eigentliche Geburt aber in größeren Zentren stattfindet.

Versorgungsplanung. Um eine patientenzentrierte und ganzheitliche Versorgung aufzubauen, braucht es eine sektorenübergreifende Versorgungsplanung, die auch pflegerische Bedarfe, das Rettungswesen, den Öffentlichen Gesundheitsdienst und Prävention berücksichtigt. Dabei sind die relevanten Stakeholder einzubinden: das Land und die Landkreise mit dem ÖGD, die

Krankenhausgesellschaft, die Kassenärztliche Vereinigung, die Krankenversicherungen und Patientenvertreter. Die Bedarfsprognosen im Versorgungsplan sollten langfristig ausgelegt sein, weil daran auch weitreichende Investitionsentscheidungen zu knüpfen sind. Investitionsfördermittel müssten außerdem sektorenübergreifend eingesetzt werden können. Der Versorgungsplan sollte den Akteuren vor Ort dabei viel Gestaltungsfreiheit lassen.

Modellprojekte. Wichtig für eine sektorenübergreifende Versorgung sind sektorenübergreifende Vergütungsmodelle. Auf Bundesebene braucht es dazu Anpassungen. Allerdings können auch die Akteure im Land über Modellprojekte aktiv werden. Erfolgreiche Modellprojekte benötigen nach Beendigung ihrer Förderung eine Übergangslösung, um den Weg in die Regelversorgung finanzieren zu können. Als Modellprojekte können auch Regionalbudgets in Frage kommen, wie sie zum Beispiel in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung existieren. Dazu müssen auch die vertragsärztlichen Vergütungsbestandteile des Regionalbudgets aus dem KV-Gesamtbudget herausgelöst werden. Wir empfehlen, ein Modellprojekt „Regionalbudget“ in einem Landkreis zu erproben, der überdurchschnittlich große Schwierigkeiten bekommen wird, die Gesundheitsversorgung flächendeckend und auf qualitativ hohem Niveau zu halten.

Altenhilfe und Wohnen. Die Altenpflege sollte enger mit der medizinischen Versorgung verknüpft werden. Nötig ist ein nahtloser Übergang vom Krankenhausaufenthalt zur Kurzzeitpflege. Ein IGZ oder ein Krankenhaus sollte zu diesem Zweck entsprechende Verträge mit der Pflegeversicherung schließen. Aber auch das Prinzip „Reha vor Pflege“ sollte stärker gelebt werden. Es sollte geprüft werden, ob älteren Menschen rechtzeitig ein Angebot gemacht werden kann, ihre bisherige Wohnung in der Peripherie aufzugeben und im Gegenzug eine altersgerechte und ggf. betreute Wohnung in einem lokalen Zentrum zu beziehen. Dadurch ließen sich die Gesundheitsbedarfe zentralisieren und bei gleichzeitig höherer Qualität wirtschaftlicher erbringen.

Mobilität und Nähe. Ein wichtiger Baustein sind mobile Gesundheits- und Pflegeexperten mit telemedizinischer Anbindung an eine geeignete Arztpraxis, ein Gesundheitszentrum oder ein Krankenhaus. Mobile Experten können gezielt Hausbesuche durchführen oder zum Beispiel in wöchentlichem Rhythmus verschiedene Dörfer aufsuchen und in geeigneten Räumlichkeiten oder einem „Gesundheitsbus“ Sprechstunden anbieten. Dabei sollte ein festes Team an mobilen Experten zur Verfügung stehen. Je nach Größe des Einzugsgebiets könnte auch eine feste Praxis einer Pflegefachperson sinnvoll sein. Räumlichkeiten mit telemedizinischer Anbindung für die primärärztliche Versorgung könnten zudem in Apotheken bereitgestellt werden (Apotheke plus). In manchen Fällen könnte die Arzneimittelausgabe durch Automaten oder per Versand, zum Beispiel auch über Drohnen erfolgen. Für Patienten sollten zudem Möglichkeiten geschaffen werden, direkt über Video und Apps in Kontakt zu Gesundheitsangeboten zu treten. Eine Unterweisung in ihre Funktionsweise könnte durch die mobilen Gesundheitsexperten oder in der Apotheke plus erfolgen. Voraussetzung für alle digitalen Anbindungen ist ein schnelles und stabiles Internet in der Fläche. Wo dies noch nicht vorhanden ist, braucht es den entsprechenden Ausbau, möglicherweise über den neuen 5G-Standard im Mobilfunkbereich. Zusätzlich sind Mobilitätsangebote nötig wie Sammeltaxis oder ein Rufbus, der gezielt Arztstühle, Gesundheitszentren und Krankenhäuser anfährt. Dabei sollte auch künftig mögliches autonomes Fahren mitgedacht werden. Lokal bereits vorhandene Angebote könnten auf das gesamte Bundesland übertragen werden. Darüber hinaus sind Patientenpensionen an Regional- und Maximalversorgern zu empfehlen für Patienten mit langer Anreise.

Digitalisierung. Grundsätzlich sollte der Grundsatz „digital vor ambulant vor stationär“ gelebt werden. Zentrale Voraussetzung ist die elektronische Patientenakte (ePA). Sie hilft nicht nur bei den Abläufen in der Gesundheitsversorgung, sondern bildet auch die Grundlage für Versorgungsforschung mit dem Ziel, die Versorgung kontinuierlich zu verbessern. Darüber hinaus sollten

digitale Werkzeuge wie Sensorik, Wearables, Insidables, Smart Home, Virtual Reality, Augmented Reality, Telemedizin, künstliche Intelligenz, Spracherkennung und Robotik stärker genutzt werden. „Digitale Marktplätze“ können zudem Patienten und Leistungserbringer sowie auch Leistungserbringer untereinander besser vernetzen, zum Beispiel für telemedizinische Konsultationen. Der Krankenhauszukunftsfonds stellt zur Digitalisierung der Krankenhäuser 85 Millionen Euro in Mecklenburg-Vorpommern zur Verfügung, die das Land effektiv einsetzen sollte.

Personal. Schlüsselfaktor für die Gewährleistung einer hochwertigen Gesundheitsversorgung ist qualifiziertes Personal. Hier kann und muss an vielen Stellen gleichzeitig angesetzt werden. So braucht es Anreize zur Erhöhung der Erwerbstätigenquote, beispielsweise durch eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf, Wieder- oder Quereinstiegsprogramme, altersgerechte Arbeitsbedingungen und Beschäftigungsmöglichkeiten nach dem Renteneintritt. Dabei ist einer der größten Hebel die Teilzeitquote, weil in Teilzeit tätige Fachkräfte bereits voll ausgebildet und einsatzfähig sind. Der Abbau von Bürokratie und eine bessere Planbarkeit und Zuverlässigkeit der Dienstpläne können die Attraktivität der Gesundheitsberufe steigern. In der Pflege ist ein neues Verständnis des Pflegeberufs nötig. Karriereoptionen wie zum Beispiel „Clinical Nurses“ mit der Übernahme von mehr Verantwortung und Tätigkeiten, die bislang ausschließlich Ärzten vorbehalten sind, wären eine Option. Die Weiterqualifizierung von Pflegehelfern zu Pflegefachkräften sollte verstärkt werden. Um die ländliche Versorgung zu stabilisieren, sind Anreize für eine Tätigkeit auf dem Land erforderlich, zum Beispiel besondere Angebote im Rahmen des Studiums der Allgemeinmedizin mit einer Verpflichtung zu einer Landarztztätigkeit.

Das inländische Fachkräftepotenzial dürfte jedoch nicht ausreichen. Ergänzend sollte die Zuwanderung ausländischer Fachkräfte gefördert werden. Für ausländische Pflegekräfte ist dabei zu berücksichtigen, dass sie die in ihrer Heimat erworbenen Qualifikationen auch in Deutschland einsetzen können und dürfen. Diese sind teilweise umfassender, was zusätzlich für ein neues Verständnis des Pflegeberufs spricht. Wo immer möglich sollte Technologie genutzt werden, um die Arbeitskräfte zu entlasten und um die Arbeitsproduktivität zu steigern, beispielsweise Hebehilfen und Exoskelette zur physischen Entlastung von Pflegefachkräften. Durch eine effektive Reduktion der Fallzahlen im Krankenhaus, aber auch in der ambulanten Versorgung würde ebenfalls eine Entlastung eintreten, insbesondere indem die Versorgung stärker nach dem Grundsatz „digital vor ambulant vor stationär“ ausgerichtet wird. Eine effektive Patientensteuerung über geeignete Leitstellen kann dies unterstützen. Beispielsweise koordinieren in Dänemark Telefonleitstellen die Gesundheitsversorgung der Bürger.

Gestaltungsfreiheit. Auf regionaler Ebene braucht es mehr Gestaltungsfreiheit, um die Versorgung effizienter und patientenorientierter erbringen zu können. Dabei geht es darum, neue Versorgungsformen zu erproben und damit effizientere Formen zu finden. Die wachsende Regulierung der Gesundheitsversorgung von Seiten des Bundes und des G-BA sollte überprüft werden. Stattdessen sollte stärker auf die Kontrolle von Ergebnisgrößen gesetzt werden. Ein Mehr an Gestaltungsfreiheit brauchen auch die Krankenkassen. Sie müssen unternehmerisch und eigenverantwortlich handeln können, wenn sie zusammen mit Leistungserbringern neue Wege gehen wollen. Da Krankenkassen im Wettbewerb miteinander stehen, spricht nichts gegen die Übernahme größerer Eigenverantwortung. Auf Bundes- und Landesebene sollten die aufsichtsrechtlichen Vorgaben für Krankenkassen stark reduziert und vereinheitlicht werden. Regionen, in denen die Gesundheitsversorgung gefährdet ist, sollten einen Sonderstatus erhalten können. Er würde es erlauben, Teile des komplexen gesetzlichen Regelwerks auszusetzen, was nötig ist, um tragfähige Konzepte zur Aufrechterhaltung der Gesundheitsversorgung in der Region erarbeiten und ausprobieren zu können.

Vergütungssystem. Der Aspekt der Vorhaltefinanzierung sollte stärker betont werden. Durch Heraustrennung eines Teils des heutigen DRG-Vergütungsvolumens würde der Mengenanreiz des DRG-Systems sinken und gleichzeitig der Anreiz zur ambulanten Leistungserbringung steigen. Für eine Versorgungsregion könnte damit je Leistungssegment ein Vorhaltebudget auf Basis der regionalen Bevölkerungs- und Flächenstruktur festgelegt werden. Ein noch weitreichenderer Ansatz sind Regionalbudgets. Hier erhält eine Region ein komplettes, vorab definiertes Budget, um die Gesamtversorgung oder zumindest die gesamte fachärztliche Versorgung zu übernehmen. Die Akteure vor Ort können ehemals stationäre Leistungen ambulant erbringen, ohne wirtschaftliche Nachteile befürchten zu müssen. Sie können auf Prävention setzen, um Leistungen gänzlich zu vermeiden und Versorgungsschnittstellen optimieren, um Ressourcen einzusparen.

Die Bürger müssen dabei stets die Wahlfreiheit des Leistungsanbieters haben, sodass sie bei mangelnder Qualität jederzeit woanders Leistungen in Anspruch nehmen können. Innerhalb einer Region braucht es dafür Kooperation, zwischen Regionen Wettbewerb. Für Regionalbudgets in Mecklenburg-Vorpommern sollten daher im lokalen Umfeld Kooperationen und Fusionen angestrebt werden. Es könnte nötig sein, die Versorgungsregionen kleiner als einen Landkreis zu wählen, um für die Bürger Ausweichoptionen in erreichbarer Nähe zu schaffen. Größere Morbiditätsrisiken müssten dann auf höherer Ebene gepoolt werden. Als weiteres Korrektiv für Regionalbudgets dienen Qualitätsziele, die Krankenkassen mit der Vergabe eines Regionalbudgets festlegen und kontrollieren. Alternativ wäre als „kleine“ Lösung ein befristetes Einfrieren des Krankenhausbudgets bei gleichzeitiger Ermöglichung, bisher stationär erbrachte Leistungen auch ambulant erbringen zu können, zu prüfen.

9. Literatur

Assheuer, M., K. Beine, C. Mehl, M. Kellner, M. Agelink, M. Sieberer, W. de Cruppé und M. Geraedts (2020), Umsetzung von Behandlungskontinuität im Versorgungsalltag – ein Vergleich zwischen zwei psychiatrischen Kliniken. *Psychiatrische Praxis*. DOI:10.1055/a-1274-3792.

Augurzky, B. (2018), Digitalisierung der Gesundheitswirtschaft: Warum sie unvermeidlich ist. In: Meier, P.-M., Düllings J., Henkel A., Nolte G. (Hrsg.) *Digitale Transformation der Gesundheitswirtschaft: Chancen und Herausforderungen in disruptiven Zeiten*. Kohlhammer, Stuttgart.

Augurzky, B. und A. Beivers (2019), Digitalisierung und Investitionsfinanzierung. In: Klauber, J., M. Geraedts, J. Friedrich und J. Wasem (Hrsg.), *Krankenhaus-Report 2019*. Berlin, Heidelberg: Springer, 67-82.

Augurzky, B., A. Beivers und M. Giebner (2015), Organisation der Notfallversorgung in Dänemark: Lösungsansätze für deutsche Probleme? In: Klauber, J., M. Geraedts, J. Friedrich und J. Wasem (Hrsg.), *Krankenhaus-Report 2015 - Schwerpunkt: Strukturwandel*. Stuttgart: Schattauer, 77-97.

Augurzky, B., A. Mensen, A. Pilny, C. M. Schmidt, C. Wuckel und S. Krolop (2018), *Krankenhaus Rating Report 2018 – Personal – Krankenhäuser zwischen Wunsch und Wirklichkeit*. Heidelberg: medhochzwei.

Augurzky, B., C. Binder und C. Ruhrmann (2017), *Bürokratie und Deregulierung im Gesundheitswesen*. Essen. Gesundheitswirtschaft Rhein Main e.V.

Augurzky, B., R. Kreienberg und R. Mennicken (2014), *Zukunft der Gynäkologie und Geburtshilfe*, Heidelberg 2014.

Augurzky, B., S. Krolop, A. Pilny, C. M. Schmidt und C. Wuckel (2020), *Krankenhaus Rating Report 2020: Ende einer Ära. Aufbruch ins neue Jahrzehnt*. Heidelberg: medhochzwei.

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2014), *Factsheet 10: Arbeit in der Pflege – Arbeit am Limit? Arbeitsbedingungen in der Pflegebranche*. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.

Bundesärztekammer (2017), *Ärztestatistik zum 31. Dezember 2017 – Bundesgebiet gesamt*. Internet:

https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Statistik2017/Stat17AbbTab.pdf, abgerufen am 26.9.2018.

Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung (2017), Physician Assistant – Ein neuer Beruf im deutschen Gesundheitswesen. Berlin.

BBSR – Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung im Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (2018), BBSR-Analysen KOMPAKT 08/2018: Verkehrsbild Deutschland.

Bundesministerium für Gesundheit (2015), Praxisseiten Pflege – Wir stärken die Pflege. Gemeinsam. Berlin.

Colombo, F., A. Llana-Nozal, J. Mercier und F. Tjadens (2011), Help Wanted? Paris: OECD Publishing. DOI: <https://doi.org/10.1787/9789264097759-en>.

Dengler, K. und B. Matthes (2016), Auswirkungen der Digitalisierung auf die Arbeitswelt: Substituierbarkeitspotenziale nach Geschlecht (24/2016). Internet: https://www.econstor.eu/bitstream/10419/161732/1/aktueller_bericht_1624.pdf, abgerufen am 10.10.2018.

Die LandArztMacher (2021), Website: <https://www.landarztmacher.de/>, abgerufen am 10.3.2021.

DKG – Deutsche Krankenhausgesellschaft (2021), Vereinbarung der Liste der Krankenhäuser gemäß §9 Absatz 1a Nummer 6 KHEntgG zwischen dem GKV-Spitzenverband, Berlin sowie dem Verband der Privaten Krankenversicherung e.V., Köln gemeinsam und der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V., Berlin. Internet: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/abrechnung/zu___abschlaege/2020_06_30_Vereinbarung_Liste_bedarfsnotwendiger_laendl_KH.pdf, abgerufen am 15.12.2020.

DIV-Report (2017), Deutschland intelligent vernetzt. Digitale Gesundheit 2017. Digital-Gipfel Plattform Innovative Digitalisierung der Wirtschaft, Fokusgruppe intelligente Vernetzung.

Enquête-Kommission (2021), 15. Sitzung der Enquête-Kommission „Zukunft der medizinischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern“ am 17.3.2021.

Enquête-Kommission Niedersachsen (2021), Abschlussbericht der Enquetekommission "Sicherstellung der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung in Niedersachsen - für eine qualitativ hochwertige und wohnortnahe medizinische Versorgung", Drucksache 18/8650, https://www.landtag-niedersachsen.de/fileadmin/user_upload/redaktion/hauptseite/downloads/gremien/kommissionen/enquete_abgeschlossen/enquetebericht_medv_18-08650.pdf, abgerufen am 10.3.2021

Eurostat (2021), Health Statistics, Internet: ec.europa.eu/eurostat/web/health/data/database, abgerufen am 15.12.2020.

Fleßa, S. (2020), Kleinere Krankenhäuser im ländlichen Raum, Springer Gabler, S. 78-83.

Fujisawa, R. und F. Colombo (2009), The Long-Term Care Workforce: Overview and Strategies to Adapt Supply to a Growing Demand. Paris: OECD Publishing. DOI: <https://doi.org/10.1787/225350638472>.

G-BA – Gemeinsamer Bundesausschuss (2020), Qualitätsberichte der Krankenhäuser 2018. Berlin. Internet: www.g-ba-qualitaetsberichte.de, abgerufen am 1.12.2020.

GfK GeoMarketing (2020), Bevölkerungsstrukturdaten. Bruchsal.

Hänßle, H.A., C. Fink, R. Schneiderbauer, F. Toberer, T. Buhl, A. Blum,...I. Zalaudek (2018), Man against machine: diagnostic performance of a deep learning convolutional neural network for dermoscopic melanoma recognition in comparison to 58 dermatologists. *Annals of Oncology*, 29(8); S.1836-1842, DOI: <https://doi.org/10.1093/annonc/mdy166>.

Heger, D., B. Augurzyk, I. Kolodziej, S. Krolop und C. Wuckel (2019), Pflegeheim Rating Report 2020: Zwischen Nachfragewachstum und Kostendruck. Heidelberg: medhochzwei.

Hentschker, C. und R. Mennicken (2015), The Volume-outcome Relationship and Minimum Volume Standards - Empirical Evidence for Germany. *Health Economics* 24 (6): 644-658. DOI: 10.1002/hec.3051

Hentschker, C. und R. Mennicken (2018), The volume-outcome relationship revisited: Practice indeed

makes perfect. Health Services Research 53 (1): 15-34. DOI: 10.1111/1475-6773.12696

IGiB-StimMT gGmbH (2018), Website mit Informationsmaterial von IGiB|StimMT bestimmt für Brandenburg. Internet: <https://igib-stimmt.de/fuer-patienten/#anker>, abgerufen am 25.2.2021.

IGiB-StimMT gGmbH (2020), Bericht zur IGiB-StimMT-Online-Fachtagung 2020, Internet: https://fachtagung2020.igib-stimmt.de/wp-content/uploads/20201105_Bericht_IGiB-Fachtagung.pdf, zuletzt abgerufen am 24.3.2021.

ILSE-Bus (2021), ILSE-Bus. Internet: <https://ilse-bus.de/>, abgerufen am 27.3.2021.

Initiative Neue Qualität der Arbeit (2010), Zeitdruck in der Pflege reduzieren. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.

INKAR (2019), Indikatoren und Karten zur Raum- und Stadtentwicklung. Internet: www.inkar.de, abgerufen am 21.1.2021.

Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss (2021), IGiB-StimMT – Strukturmigration im Mittelbereich Templin. Internet: <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/igib-stimmt-strukturmigration-im-mittelbereich-templin.79>, abgerufen am 25.2.2021.

KBV – Kassenärztliche Bundesvereinigung (2020a), Arztlzahlstatistik: Teilzeit und Anstellung weiter im Trend. Internet: https://www.kbv.de/html/1150_45953.php, abgerufen am 5.3.2021.

KBV – Kassenärztliche Bundesvereinigung (2020b), Regionale Verteilung der Ärzte in der vertragsärztlichen Versorgung 2019, Internet: <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16402.php>, zuletzt aktualisiert am 06.03.2020, abgerufen am 12.3.2021.

KBV – Kassenärztliche Bundesvereinigung (2020c), ambulante Bedarfsplanung, Internet: <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16735.php>, abgerufen am 5.3.2021.

KBV – Kassenärztliche Bundesvereinigung (2021a), Gesundheitsdaten: Kooperationsform MVZ weiter attraktiv, Internet: <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/17021.php>, abgerufen am 5.3.2021.

KBV – Kassenärztliche Bundesvereinigung (2021b), Ärztemangel, Internet: https://www.kbv.de/html/themen_1076.php, abgerufen am 9.3.2021.

KVMV – Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern (2012), Qualitätsbericht der KVMV für das Jahr 2012, Internet: https://www.kvmv.de/export/sites/default/.galleries/downloadgalerie_kvmv/presse/publikationen_pdfs/qualitaetsbericht_pdf/QS-Bericht_KVMV_2012.pdfhttps://www.kvmv.de/export/sites/default/.galleries/downloadgalerie_kvmv/presse/publikationen_pdfs/qualitaetsbericht_pdf/QS-Bericht_KVMV_2012.pdf, abgerufen am 18.3.2021.

KVMV – Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern (2014), Journal der KVMV Januar 2014. Internet: https://www.kvmv.de/export/sites/default/.galleries/downloadgalerie_kvmv/presse/publikationen_pdfs/journal_pdfs/2014/Journal_Januar_2014.pdf, abgerufen am 18.3.2021.

KVMV – Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern (2019), Qualitätsbericht für das Jahr 2019, Internet: https://www.kvmv.de/export/sites/default/.galleries/downloadgalerie_kvmv/presse/publikationen_pdfs/qualitaetsbericht_pdf/QS-Bericht_KVMV_2019.pdf, abgerufen am 18.3.2021.

KVMV – Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern (2020a), Journal der KVMV September 2020, Internet: https://www.kvmv.de/export/sites/default/.galleries/downloadgalerie_kvmv/presse/publikationen_pdfs/journal_pdfs/2020/Journal_September_2020.pdf, abgerufen am 18.3.2021.

KVMV – Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern (2020b), Karte im Rahmen der Enquête-Kommission Mecklenburg-Vorpommern „Zukunft der medizinischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern“

KVMV – Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern (2021), Journal der KVMV Februar 2021. Internet: https://www.kvmv.de/export/sites/default/.galleries/downloadgalerie_kvmv/presse/publikationen_pdfs/journal_pdfs/2021/Journal_Februar_2021.pdf, abgerufen am 18.3.2021.

Klein, B., B. Graf, I. F. Schlömer, H. Roßberg, K. Röhrich und S. Baumgarten (2018), Robotik in der Gesundheitswirtschaft: Einsatzfelder und Potenziale, medhochzwei, 1. Auflage.

Landesamt für innere Verwaltung des Landes Mecklenburg-Vorpommern (2021), Gemeindeverzeichnis 2019. Internet: <https://www.laiv-mv.de/Statistik/Zahlen-und-Fakten/Gesellschaft-&-Staat/Bev%C3%B6lkerung>, abgerufen am 15.3.2021.

Lehmann, Y., C. Schaepe, I. Wulff und M. Ewers (2019), Pflege in anderen Ländern: Vom Ausland lernen? Stiftung Münch (Hrsg.), Heidelberg: medhochzwei.

Lehmer, F. und B. Matthes (2017), Auswirkungen der Digitalisierung auf die Beschäftigungsentwicklung in Deutschland (5/2017). Internet: https://www.econstor.eu/bitstream/10419/161739/1/aktueller_bericht_1705.pdf, abgerufen am 10.10.2018.

Ministerium für Energie, Infrastruktur und Digitalisierung des Landes Mecklenburg-Vorpommern (2021), Bevölkerungsprognose Mecklenburg-Vorpommern bis 2040 – Landesprognose. Sonderauswertung und exklusive Bereitstellung für dieses Gutachten.

Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit des Landes Mecklenburg-Vorpommern (2020), Krankenhausplan des Landes Mecklenburg-Vorpommern (Stand: November 2020), Internet: <https://www.regierung-mv.de/serviceassistent/download?id=1630164>, abgerufen am 27.1.2021

ntv (2021), Neues Gerät kann den Tod vorhersagen, Internet: <https://www.n-tv.de/wissen/Neues-Geraet-kann-den-Tod-vorhersagen-article22358456.html>, abgerufen am 30.3.2021

OECD (2021), Health Statistics, Internet: stats.oecd.org, abgerufen am 15.12.2020.

Preusker, S. C. (2017), Pilotprojekt in Thüringen: TK zahlt einheitliche Preise in Kliniken und Praxen. *Klinik Markt [inside]* 16.

Puchta, A. (2019), Grundsteinlegung: Startschuss in Templin für Umbau zum Ambulant-Stationären-Zentrum, 19.06.2019. Internet: <https://www.sana.de/templin/gut-zu-wissen/presse/grundsteinlegung-startschuss-in-templin-fuer-umbau-zum-ambulant-stationaeren-zentrum-7379>, abgerufen am 24.3.2021.

Rohrer, B. (2020), Spahn will Arzneimittel-Automaten für Klinikstationen erlauben, DAZ.online, Internet: <https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2020/04/21/spahn-will-arzneimittel-automaten-fuer-klinikstationen-erlauben>, abgerufen am 30.3.2021.

RWI (2017), Stand und Weiterentwicklung der Investitionsförderung im Krankenhausbereich. RWI Projektbericht.

RWI (2018), Fachkräftebedarf im Gesundheits- und Sozialwesen 2030. RWI Projektbericht.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2017), Jahresgutachten des Sachverständigenrats zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung 2017/18: Für eine zukunftsorientierte Wirtschaftspolitik. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Schulz, T. (2018), Zukunftsmedizin: Wie das Silicon Valley Krankheiten besiegen und unser Leben verlängern will - Ein Spiegel-Buch. München: DVA

Schwarze, B. und K. Spiekermann (2013), Analyse der Erreichbarkeit der Zentralen Orte in Mecklenburg-Vorpommern – Studie für das Ministerium für Energie, Infrastruktur und Landesentwicklung Mecklenburg-Vorpommern. Abschlussbericht. Dezember 2013.

Statistisches Bundesamt (2015a), 13. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung für Deutschland. Internet: <https://service.destatis.de/bevoelkerungspyramide/>, abgerufen am 15.8.2018.

Statistisches Bundesamt (2015b), Über 13 200 ausländische Berufsqualifikationen im Jahr 2014 anerkannt, Pressemitteilung Nr. 365/15. Internet: https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2015/09/PD15_365_212.html, abgerufen am 4.9.2018.

Statistisches Bundesamt (2016), Volle Anerkennung für rund 12 700 ausländische Berufsqualifikationen im Jahr 2015, Pressemitteilung Nr. 358/16. Internet: https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2016/10/PD16_358_212.html, abgerufen am 4.9.2018.

Statistisches Bundesamt (2017a), Anerkennung von Berufsabschlüssen aus dem Ausland um 15% gestiegen, Pressemitteilung Nr. 324/17. Internet: https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2017/09/PD17_324_212.html, abgerufen am 4.9.2018.

Statistisches Bundesamt (2018a), Anerkennungsverfahren im Jahr 2017 der 20 häufigsten Ausbildungsstaaten. Internet: https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/BildungForschungKultur/BeruflicheBildung/Tabellen/BQFG_Ausbildungsstaat.html, abgerufen am 17.9.2018.

Statistisches Bundesamt (2018b), Anerkennungsverfahren im Jahr 2017 nach Entscheidung vor Rechtsbehelf und Berufshauptgruppen. Internet: https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/BildungForschungKultur/BeruflicheBildung/Tabellen/BQFG_Entscheidung.html, abgerufen am 17.9.2018.

Statistisches Bundesamt (2018c), Pflegestatistik 2017. Wiesbaden

Statistisches Bundesamt (2018d), Tiefgegliederte Diagnosedaten 2017. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2018e), Knapp 14% mehr ausländische Berufsabschlüsse im Jahr 2017 anerkannt, Pressemitteilung Nr. 319/18. Internet: https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2018/08/PD18_319_212.html, abgerufen am 4.9.2018.

Statistisches Bundesamt (2019), 14. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung für Deutschland. Internet: <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online?sequenz=tabelleAufbau&selectionname=12421-0002#astructure>, abgerufen am 4.2.2021.

Statistisches Bundesamt (2020a), Erwerbstätige, Erwerbslose, Erwerbspersonen, Nichterwerbspersonen: Bundesländer, Jahre 1991-2019, abgerufen am 8.2.2021.

Statistisches Bundesamt (2020b), Pflegestatistik 2019. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2020c), Tiefgegliederte Diagnosedaten 2019, Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2020d): Tiefgegliederte Diagnosedaten 2018, Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2021a), VGR der Länder: Entstehungsrechnung. Internet: www-genesis.destatis.de, abgerufen am 15.3.2021

Statistisches Bundesamt (2021b), Regionalstatistik. Internet: www.regionalstatistik.de, abgerufen am 2.2.2021.

Statistisches Bundesamt (2021c), Grunddaten der Krankenhäuser 2019, Wiesbaden.

Verwaltungsgericht Karlsruhe (2019), Pressemitteilung: Verbot eines Arzneimittelautomaten: Urteilsbegründung liegt vor, Internet: <https://verwaltungsgericht-karlsruhe.justiz-bw.de/pb/,Lde/5615440>, abgerufen am 30.3.2021.

VLP – Verkehrsgesellschaft Ludwigslust-Parchim mbH (2021), Der Rufbus. Internet: <https://www.vlp-lup.de/rufbus/rufbus-informationen/>, abgerufen am 27.3.2021.

Weber, E. und G. Zika (2015), Industrie 4.0 und die Folgen für Arbeitsmarkt und Wirtschaft (16/2015). Nürnberg: Internet: http://doku.iab.de/aktuell/2015/aktueller_bericht_1516.pdf, abgerufen am 10.10.2018.

Wesser, S. (2019), Automatisierte Ausgabestationen – wirklich eine „Apothekenstärkung“?, DAZ.online, Internet: <https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/daz-az/2019/daz-36-2019/automatisierte-ausgabestationen-wirklich-eine-apothekenstaerkung>, abgerufen am 30.3.2021.

10. Abkürzungsverzeichnis

AAL	Ambient Assisted Living
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
asZ	ambulant-stationäres Zentrum
BBSR	Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung
BIP	Bruttoinlandsprodukt
Bzw.	beziehungsweise
DAK	Deutsche Angestellten-Krankenkasse
DAZ	Deutsche Apotheker Zeitung
DIV	Deutschland intelligent vernetzt
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V.
DRG	Diagnosis Related Group
e.V.	eingetragener Verein
EAT	Earnings after tax
EDV	elektronische Datenverarbeitung
EKG	Elektrokardiogramm
ePA	Elektronische Patientenakte
FDZ	Forschungsdatenzentrum
Feb	Februar
fgn	freigemeinnützig
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GEB	Geburtshilfe
gem.	gemäß
GfK	Gesellschaft für Konsumforschung
GSG	Gesundheitsstrukturgesetz
GYN	Gynäkologie
hcb	Institute for Health Care Business GmbH
HNO	Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde
IGiB StimMT	Innovative Gesundheitsversorgung in Brandenburg – Strukturmigration im Mittelbereich Templin
IGZ	Integriertes Gesundheitszentrum
INKAR	Indikatoren und Karten zur Raum- und Stadtentwicklung
Intern.	Internistisch
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung

KH	Krankenhaus
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KI	Künstliche Intelligenz
KKH	Kreiskrankenhaus
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KVMV	Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern
Mio.	Million
MV	Mecklenburg-Vorpommern
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
Nov	November
ö	öffentlich
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
ÖV	Öffentlicher Verkehr
p	privat
p.a.	per annum
PD	Probability of Default
PJ	Praktisches Jahr
Pkw	Personenkraftwagen
PLZ	Postleitzahl
psy	psychiatrisch
RWI	Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung e.V.
SGB	Sozialgesetzbuch
som	somatisch
TK	Techniker Krankenkasse
UMG	Universitätsmedizin Greifswald
UROGYN	Urogynäkologie
VLP	Verkehrsgesellschaft Ludwigslust-Parchim mbH
VVG	Verkehrsgesellschaft Vorpommern-Greifswald mbH